Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

QUINZIÈME ANNÉE

TOME V (2e *série*). — **1887.**

Illustré de 47 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.) LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LIOUVILLE (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, TRÉLAT, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

 CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Babinski, Baumgarten, Berbez, Blocq, Bricon, Cahn, Casper, Carron, Clado, Dagonet, Dowal, Dubousquet-Laborderie, Farabeuf, Ferret, Galezowski, Guesdon, Guillot, Guyon, Haltenhoff, Hepp, Isch-Wall, Lachtewich, Lefour, Leibowitz, Marfan, Mathieu (A.), Narich, Panas, Pâris, Phocas, Pilliet, Picard (H.), Plicque, Poncet (A.), Pujol, Raoult, Regnard (A.), Reliquet, Robinet (G.), Roubinowitsch, Routier, Skinner, Thiéry, Thomas-Caraman.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 1. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 1er JANVIER 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur U. TRÉLAT.

Tumeur lombaire. — Claudication. — Déformation vertébrale. — Difficultés du diagnostic.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique et revue par le professeur (1).

Messieurs,

Vous m'avez vu tout à l'heure m'arrêter assez longuement auprès d'un jeune homme qui occupe, depuis 10 ou 12 jours déjà, le lit n° 25 de la salle Saint-Pierre. Ce malade présente à la région lombaire gauche une tumeur d'un diagnostic fort épineux, dont je veux vous entretenir ce matin, et que j'opèrerai ensuite devant vous. Et c'est précisément à cause do la difficulté du cas, que j'ai tenu à contrôler soigneusement une dernière fois, avant la leçon, les diverses particularités symptomatiques que m'avaient révélées des explorations antérieures réitérées.

Ce jeune homme a 22 ans et exerce la profession d'employé de commerce; il est svelte, élancé, mais non malingre. L'interrogatoire que nous lui avons fait subir relativement à ses antécédents, et auquel il a répondu fort intelligemment, ne nous a fourni aucun renseignement bien caractéristique. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il marche beaucoup, et il lui arrive souvent de faire en 25 minutes le trajet du boulevard Montparnasse, où il habite, au Faubourg Poissonnière, où il travaille. Cet exercice violent n'a-t-il pas eu une part dans la pathogénie des accidents actuels? C'est ce que nous examinerons par la suite; pour le moment bornons-nous à noter ces marches forcées et ces courses rapides. Il a perdu son père et sa mère; il ne sait pas à quelle maladie a succombé son père; quant à sa mère, elle est morte d'une maladie de poitrine. Il a un frère qui est bien portant. Au mois d'août dernier, il prit une blennorrhagie qui se prolongea plusieurs mois, et dont il n'arriva à être débarrassé complètement qu'il y a 5 ou 6 semaines. Vers cette époque, il commença à éprouver en marchant une certaine gêne, due à une douleur qu'il ressentait dans la région lombaire gauche; cette douleur, qui ne tarda pas à devenir très pénible, s'exaspérait sous l'influence des mouvements de la marche, et se calmait au repos. L'application d'un vésicatoire lui procura un peu d'amélioration et un court répit. Trois semaines environ après le début de ces phénomènes douloureux, sa concierge lui fit remarquer qu'il avait le corps déformé; pour lui, il n'avait pas eu conscience, jusque-là, de l'attitude vicieuse que la douleur lui faisait prendre. Cette attitude vicieuse, qui d'ailleurs persiste aujourd'hui, consistait en une inclinaison du haut du corps vers la gauche, avec flexion en avant et claudication marquée. Quand cet état de choses eut duré un mois à peu près, pendant lequel le malade eut à lutter incessamment contre sa fatigue et ses souffrances, la santé générale fut influencée à son tour : l'appétit disparut, le sommeil se perdit, il survint des transpirations nocturnes et un certain degré d'amaigrissement. Bref, ce jeune homme dut alors renoncer à ces occupations, et aller chercher du repos à la campagne. Il y resta une douzaine de jours, au bout desquels il revint, un peu remonté comme état général, mais non rétabli et souffrant toujours. C'est dans ces conditions qu'il se présenta à la consultation et fut admis dans nos salles.

Nous l'avons soumis depuis lors à des examens répétés, et voici ce que nous avons trouvé : Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, on ne remarque au premier abord rien de particulier dans sa conformation, en dehors de cette gracilité générale, de cet aspect élancé que nous avons déjà signalés tout à l'heure. Cependant, en y regardant d'un peu plus près, surtout lorsqu'on lui fait reprendre le décubitus dorsal après d'autres explorations qui ont sans doute ravivé la douleur, on reconnaît qu'il présente un léger degré de cambrure lombaire, une petite ensellure. Lorsque, au contraire, on l'examine dans le décubitus ventral bien exactement réalisé, on constate immédiatement une déviation de la colonne vertébrale, consistant en une grande courbure, à concavité dirigée à gauche, côté malade, dont la flèche mesure 4 centimètres. Les muscles longs du dos du côté droit, c'est-à-dire du côté sain, sont tendus, et forment un relief très appréciable au-dessus du niveau des apophyses épineuses. Cette courbure n'est pas une déviation angulaire, mais bien une courbure douce qui comprend toute la hauteur de la colonne dorsale. Il n'existe en aucun de ses points ni empâtement, ni tuméfaction, soit au niveau des apophyses épineuses, soit en dehors d'elles, sous le bord interne des muscles longs du dos : cette recherche d'un gonflement vertébral, renouvelée à plusieurs reprises, est toujours restée négative.

L'étude de la sensibilité à la douleur ne nous a donné, Messieurs, que des résultats douteux. Une première fois, l'exploration de la colonne vertébrale par la percussion n'a éveillé aucune sensibilité anormale. Mais ici, avant d'aller plus loin, je vous demande la permission d'ouvrir une parenthèse. Vous m'avez vu pratiquer cette percussion par un procédé un peu spécial : c'est, en effet, avec l'éminence thénar que je frappe les points dont je veux interroger la sensibilité. Je préfère cette manière de procéder à la percussion pratiquée avec le bout des doigts réunis, avec la paume de la main, ou avec le poing. Avec la paume de la main, vous ne pouvez circonscrire votre percussion; avec le bout des doigts, vous la circonscrivez trop, et comme le bout des doigts réunis forme un corps assez dur, vous pouvez ainsi déterminer de la douleur chez un individu tout à fait sain; quant à la percussion avec le poing, elle est passible du double reproche d'agir sur une trop large surface et d'être à peu près inévitablement douloureuse. Avec l'éminence thénar, au contraire, je puis limiter mon action à une surface de moyenne étendue, et le choc de cette saillie musculaire ne peut déterminer de douleur sur une région saine. Ceci dit, je reviens à mon malade.

La première exploration ne m'avait rien donné; mais,

(1) Leçon du 29 avril 1884.

pour être bien sûr de mon fait, je ne voulus pas m'en tenir à cette seule épreuve, et, quelques jours plus tard, je recommençai. Il me sembla alors qu'il existait, au niveau des apophyses épineuses des deux dernières dorsales et de la première lombaire, un peu de sensibilité anormale à la percussion. En somme, cette recherche ne me fournissait pas des résultats assez nets, pour que j'en puisse tirer grand secours au point de vue du diagnostic.

Après ces diverses constatations de voisinage, je passai à l'examen de la tuméfaction lombaire. Cette tuméfaction qui est bien visible, incontestable, n'est ni médiane, ni située dans la gouttière vertébrale gauche; elle est limitée : en dedans, par le bord externe des muscles de la gouttière vertébrale; en bas, par la crête iliaque; en haut, par la dernière côte, dont elle reste néanmoins séparée par un petit intervalle; en dehors, elle se perd dans les parties molles circonvoisines, et présente des limites moins appréciables. Les téguments qui la recouvrent sont modifiés dans leur coloration, par suite du vésicatoire qui a été appliqué il y a quelque temps, et des badigeonnages de teinture d'iode qui ont été faits ultérieurement, mais ils ne présentent ni rougeur inflammatoire, ni œdème. A la palpation, qui détermine une certaine douleur, on constate que la tumeur est manifestement fluctuante; toutefois elle n'offre pas dans tous les points de son étendue une consistance uniforme : elle présente un peu plus de mollesse dans sa partie inférieure et interne que dans sa partie supérieure et externe, ou, en d'autres termes, la fluctuation qui est, en bas, facile à constater et superficielle, diminue graduellement et devient plus profonde lorsqu'on remonte vers la côte. En résumé, la tumeur donne la sensation d'une collection liquide, probablement profonde en haut, et sous-aponévrotique, peut-être même sous-cutanée en bas, sans aucun indice de réductibilité.

La pression sur la crête iliaque est indolente. Inversement, la pression sur les dernières côtes est douloureuse. Le ventre est souple, insensible à la palpation, même profonde, et l'on ne rencontre aucune tuméfaction appréciable, soit dans l'hypochondre, soit dans la fosse iliaque gauche. La cuisse gauche présente un certain degré d'amaigrissement : la mensuration comparative des deux cuisses donne, en faveur du membre du côté sain, une différence de 2 centim. 1/2 pour la circonférence supérieure et de 1 centim. pour la circonférence inférieure. L'articulation coxo-fémorale est absolument saine; tous ses mouvements sont conservés et s'exécutent sans nulle douleur; les pressions sur les divers points correspondants à cette articulation, les tractions exercées sur le membre, les chocs sur le grand trochanter ou sur le talon, n'éveillent aucune sensation douloureuse. Dans la marche, on observe une claudication légère, qui ne se rattache évidemment ni à un raccourcissement du membre, ni à une douleur ayant son siège dans ce membre. Cette claudication consiste en une rupture du rhythme de la marche, par suite de laquelle le malade porte moins longtemps sur sa jambe gauche affaiblie que sur sa jambe droite. L'état général est assez bon maintenant. Il n'y a pas de fièvre. Le malade a bon appétit et digère bien. La percussion et l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire.

Il y a là un abcès, à n'en pas douter, et nous n'avons rien autre chose à chercher pour nous expliquer les symptômes locaux que nous observons maintenant, et les phénomènes généraux qui se sont manifestés à un moment donné, avant l'entrée du malade à l'hôpital; nous aurons à discuter tout à l'heure la nature et l'origine de cet abcès.

Mais à quoi devons-nous attribuer les attitudes vicieuses? Faut-il admettre une lésion spinale, une irritation spinale? Non, et voici les arguments sur lesquels je me fonde pour repousser cette hypothèse. Il faudrait d'abord négliger ce fait, que les contractures qui produisent ces attitudes vicieuses sont unilatérales. Cependant ce ne serait pas là une raison suffisante; en effet, si l'irritation spinale retentit habituellement des deux côtés à la fois, son retentissement peut parfois rester limité à un seul côté, et nous pourrions nous trouver en face d'une exception de ce genre. Il serait encore singulier qu'une lésion médullaire, même unilatérale, produisît des contractures dans les muscles lombaires seulement, en laissant indemne le membre inférieur du côté correspondant. Mais notre jeune homme n'a présenté, en même temps que sa déviation du tronc, aucun autre signe susceptible d'être rapporté à une lésion médullaire. D'autre part, — et c'est là un fait important sur lequel j'insiste, — cette déviation s'est produite entre le 1er et le 20 mars, c'est-à-dire dans un laps de temps fort court; or, les troubles musculaires liés à une pachyméningite évoluent plus lentement, et la contracture est alors précédée d'autres phénomènes, qui ont complètement fait défaut dans notre cas particulier. Les déviations que nous constatons ici, et qui sont toutes aisément redressables, ne peuvent donc pas être rapportées à une lésion spinale ou péri-spinale quelconque. Elles sont le résultat de contractures des muscles de la gouttière vertébrale, du carré lombaire, des intertransversaires et du psoas, et ces contractures, à leur tour, se sont développées sous l'influence d'une douleur de voisinage. Cette conclusion me semble incontestable.

Maintenant, y a-t-il, pour la tumeur qui nous occupe, plusieurs diagnostics possibles? Je n'hésite pas à répondre négativement en ce qui concerne le diagnostic de fait; mais la question est beaucoup plus difficile à résoudre en ce qui concerne le diagnostic d'origine. Cette tumeur douloureuse, saillante et fluctuante, est indubitablement un abcès subaigu, sous-aponévrotique ou même peut-être sous-cutané en bas, sous-musculaire en haut; mais quelle est sa cause, quel est son siège précis, quel est son point de départ? C'est ce qu'il nous reste à discuter. Cet abcès ne présente pas de diverticule appréciable du côté de la fosse iliaque, et ce fait, joint à l'indolence parfaite de la crête et de la fosse iliaques, permet d'éliminer l'hypothèse d'une ostéite iliaque comme point de départ de la collection purulente. La tumeur se prolonge vers la dernière côte gauche, et cet os est douloureux à la pression. Ne pourrait-on pas, dès lors, penser à un abcès ossifluent ayant pour origine une ostéite costale? Mais la tumeur n'atteint pas la côte, elle en est nettement séparée par un intervalle de tissus sains, et cette côte elle-même ne présente aucune irrégularité, aucune augmentation de volume appréciable. En regard de ces signes négatifs, la douleur, seul signe positif, perd beaucoup de la signification que l'on pouvait être tenté de lui accorder tout d'abord. Je ne crois donc pas qu'il y ait lieu de s'arrêter non plus à l'hypothèse d'un abcès froid d'origine costale.

En face d'un abcès semblable de la région lombaire, l'idée d'une périnéphrite suppurée, d'un phlegmon périnéphrétique, ne pouvait manquer de se présenter à notre esprit, et, à la rigueur, il ne serait pas absolument impossible que cette idée fût la bonne. L'appa-

rition de la tumeur de la périnéphrite est précédée, pendant un temps variable, de douleurs, de fièvre et d'une altération plus ou moins grave de l'état général; or, notre malade a éprouvé des phénomènes qui se rapprochent de ceux-là, et nous constatons aujourd'hui chez lui une tumeur lombaire dont nous ne pouvons, il est vrai, préciser l'époque d'apparition. Cependant, les phlegmons périnéphrétiques qui bombent à l'extérieur occupent un siège quelque peu différent de celui qu'affecte ici la tumeur fluctuante; ce n'est pas sur le bord des muscles longs du dos qu'ils viennent se faire jour habituellement, c'est plus en dehors, vers le triangle de J.-L. Petit, et d'ailleurs la tumeur qu'ils forment est beaucoup plus considérable que celle que nous avons sous les yeux. En outre, la périnéphrite ne s'accompagne pas de déviations comme celles que nous observons sur notre malade. D'autre part, avec une inflammation périnéphrétique arrivée à suppuration, nous devrions constater au moins quelques accès de fièvre vespérale, et notre malade n'a pas présenté de fièvre depuis que nous le tenons en observation; nous devrions également, selon toute probabilité, rencontrer cet œdème des téguments qui trahit la présence du pus dans la profondeur, et nous n'en trouvons pas trace. Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique ne pourrait donc qu'à grand'peine être maintenu contre ces arguments considérables; aussi suis-je d'avis, en résumé, que nous sommes en droit de l'écarter résolument.

Nous avons encore à examiner une autre origine possible de cette collection purulente si obscure en sa pathogénie, et nous devons nous poser la question de savoir si la suppuration ne provient pas d'une affection de la colonne vertébrale, d'un mal de Pott. Mais qui dit mal de Pott dit arthrite ou ostéo-arthrite vertébrale, et qui dit ostéite ou ostéo-arthrite vertébrale dit tumeur de la colonne vertébrale. Or, nous n'avons pu constater ici aucune tuméfaction des vertèbres De plus, la déformation que nous observons chez notre malade est une courbure générale du rachis, bien différente de la déviation angulaire qui caractérise le mal de Pott à un moment donné de son évolution. Il faut, par conséquent, rejeter encore l'hypothèse d'un mal de Pott classique. Mais ce n'est pas à dire pour cela que nous puissions innocenter complètement la colonne vertébrale, et la considérer comme sûrement indemne de toute lésion. Il se pourrait que, malgré la rapidité relative de son évolution, — rapidité plus en rapport avec l'idée d'un phlegmon qu'avec celle d'une lésion tuberculeuse, — il pourrait se faire, dis-je, que l'abcès en question ait pour point de départ un petit foyer de tuberculose vertébrale, limité, à marche insidieuse, insuffisant pour donner lieu à une tuméfaction appréciable des parties accessibles du rachis et pour produire une déviation angulaire. La douleur que nous avons, lors de notre dernier examen, constatée du côté d'une ou deux apophyses épineuses, est de nature à nous inspirer quelque défiance à cet égard. On peut objecter à cela que l'abcès vient pointer bien en dehors pour un abcès provenant d'une lésion de la colonne vertébrale, et que les collections purulentes d'origine rachidienne, lorsqu'elles fusent en arrière, se montrent plus souvent au voisinage de la ligne des apophyses épineuses. Mais cette objection n'a pas une valeur péremptoire, car la disposition des aponévroses de la région permet de comprendre que la suppuration puisse se porter en arrière en suivant une voie différente. Nous devons donc faire quelques réserves relativement à la possibilité d'une tuberculose vertébrale limitée et sans signes propres, comme origine de cette collection purulente.

Enfin, Messieurs, il y a lieu de nous demander encore si nous ne sommes pas là simplement en face d'un phlegmon subaigu, consécutif à l'action de la fatigue ou du froid. Souvenez-vous que notre malade était grand marcheur : n'a-t-il pas pu, dans ses courses rapides, faire un effort inaperçu, dont il a peu à peu aggravé les conséquences en continuant son travail et ses marches, et en se refroidissant peut-être inconsciemment. Cette supposition n'a rien d'invraisemblable, et elle cadre bien avec ce début presque brusque et cette marche rapide des accidents qui ont, dès le premier abord, éveillé mon attention, et que je vous ai signalés avec insistance comme méritant d'être pris en grande considération. Je vous rappellerai, à ce propos, ce pauvre vieil homme à l'abcès sous-tricipital du bras, que vous avez pu voir récemment dans la seconde travée de notre salle Saint-Pierre, et chez lequel notre enquête étiologique ne nous a permis de trouver au mal d'autres causes que la misère, le surmenage et le froid.

En résumé, Messieurs, j'en arrive à circonscrire ce diagnostic difficile à deux hypothèses, entre lesquelles je ne me crois pas en mesure de me prononcer catégoriquement : la première, vers laquelle j'incline, est celle d'un phlegmon simple, subaigu, consécutif à un effort ou à un refroidissement, ou sous la dépendance de ces deux causes à la fois ; la seconde, celle d'un abcès symptomatique d'une lésion tuberculeuse vertébrale à marche insidieuse. Heureusement cette hésitation dans le diagnostic n'entraîne pas à sa suite d'incertitude sur la conduite à tenir au point de vue du traitement. Nous avons là un abcès évident ; d'où qu'il provienne, il nous faut l'ouvrir, en laver la cavité ; le drainer et le panser antiseptiquement. C'est ce que nous allons faire séance tenante. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE EXTERNE

HÔPITAL DU MIDI. — SERVICE DE **M. HUMBERT**.

Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens (*fin*) (1).

Par **Paul THIÉRY**, aide d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux.

Nous nous sommes imposés la tâche de recueillir à la consultation du Midi le pus chancreux de la plupart des malades qui présentaient cet accident au moment où nous avons fait ces recherches, et nous avons consigné les observations et les résultats sous forme de tableau synoptique.

Nous avions d'abord eu l'intention de joindre à cette étude l'ensemble des 72 cas que nous avons observés et résumés sous forme de tableau synoptique, mais nous avons craint que cette énumération ne fut fastidieuse, et malgré l'intérêt qu'elle eût pu présenter pour quelques-uns, nous nous sommes abstenus de publier ce tableau.

Cette réserve ne porte néanmoins que sur les observations où la recherche histologique a donné un résultat concordant avec le diagnostic porté, et nous donnons plus loin un résumé des principaux cas où le procédé s'est trouvé en défaut.

Avant d'entrer dans quelques détails et de publier les résultats de la statistique que nous avons dressée,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 51, 1886.

nous croyons devoir, pour leur donner plus de poids et de crédit, mentionner la façon dont nous nous sommes comportés dans cet examen : c'est la meilleure manière d'affirmer qu'aucune erreur n'a pu se glisser dans nos relevés et qu'aucune partialité n'a présidé à nos recherches.

Le pus chancreux, recueilli soit à la consultation externe, soit (et de préférence) dans les salles afin d'avoir les malades à notre disposition pour vérifier toute contradiction du diagnostic clinique et de l'examen histologique), était étendu sur deux lamelles déposées sur une feuille de papier portant seulement un numéro d'ordre qui correspondait au numéro porté d'autre part sur un cahier où était consignée l'observation complète du malade.

Les produits de secrétion examinés, je notais immédiatement sur la feuille blanche à laquelle appartenaient les lamelles le résultat obtenu et seulement alors que tous les examens de la série étaient faits, je confrontais les résultats avec les observations correspondantes : de cette façon, à aucun moment de l'examen des préparations, je ne savais à quelle variété de chancre correspondait la lamelle portée sous le microscope.

Ceci suffisait pour supprimer tout parti pris : le résultat concordant, je l'acceptais sans hésitation.

L'examen microscopique était-il en défaut au contraire, m'indiquait-il un chancre mou alors que le diagnostic porté était chancre infectant, je n'hésitais pas à faire la preuve par deux signes absolument irréfutables : attendre l'apparition de la roséole ou pratiquer l'inoculation (celle-ci multiple pour éviter tout échec accidentel) et ce n'est qu'après cette épreuve décisive que je me décidais à mettre le cas au nombre des insuccès.

Comme on peut le voir d'après ce qui précède, je n'ai porté au bilan des échecs de la méthode que les chancres simples ou infectants dont le diagnostic était absolument certain, dans quelques cas à cause de l'évidence même de leur nature démontrée par des signes objectifs indiscutables, plus souvent par l'inoculation ou l'apparition des accidents secondaires.

Enfin, il m'a paru intéressant de recueillir et de consigner pour chaque cas, dans des tableaux qui ont servi de base à cette étude, le nom du malade, son âge, la date de l'apparition du chancre, l'âge de la lésion, par conséquent la date du coït suspect : le diagnostic porté au début et dès le premier examen à la consultation externe, la certitude ou l'incertitude de cet examen, enfin le diagnostic porté par M. Humbert au moment de l'entrée du malade dans les salles, ainsi que les principaux caractères sur lesquels il s'appuyait : adénopathie, accidents secondaires, inoculation. A chaque cas naturellement est joint le résultat de la recherche histologique avec des signes conventionnels qui indiquent l'abondance des fibres élastiques trouvées. Nous avons noté le degré de certitude du diagnostic au moment du premier examen du malade ; nous devons le mentionner ici, assez souvent la recherche des fibres élastiques nous a portés à rechercher dans l'inoculation ou la roséole des signes contraires à notre opinion première, et celle-ci s'est trouvée rectifiée ainsi à plusieurs reprises. Citons quelques cas, par exemple :

Observation VII. — 28 juin. Lec..., 29 ans. Diagnostic porté à l'entrée : herpès ou chancre simple. Fibres élastiques, néant. Lésion guéric en quelques jours. Le diagnostic herpès était bon.

Observation XI. — 28 juin. Cour..., 20 ans. Diagnostic *probable* : chancre syphilitique datant de un mois survenu douze jours après le coït suspect. Pas de fibres élastiques. Le diagnostic est confirmé par M. Humbert.

Observation XXXV. — 8 juillet. Lel..., 21 ans. Lésion datant de quinze jours, survenue huit jours après le coït, au dire du malade. Diagnostic *très douteux* : peut-être chancre syphilitique. Pas de fibres élastiques. Confirmé par les accidents secondaires.

Observation XXXVIII. — 12 juillet. Cord..., 50 ans. Lésion datant de quinze jours. Chancre mou ou herpès? Pas de fibres élastiques. M. Humbert porte le diagnostic d'herpès, qui est confirmé par une inoculation négative.

Observation L. — 8 septembre. Fol..., 22 ans. Lésion datant de six semaines, apparue, au dire du malade, huit jours après le coït suspect. Chancre syphilitique. Diagnostic incertain. Pas de fibres élastiques. Inoculation négative.

Observation LIX. — 10 septembre. Sch..., 48 ans. Chancre de trois semaines : date du coït indéterminée. Diagnostic porté à l'entrée : deux chancres syphilitiques de la rainure. Adénopathie sous forme de pléïade non douloureuse. Fibres élastiques assez nombreuses : en présence de ce résultat discordant, je pratique l'inoculation ; elle est positive et contredit le diagnostic porté.

Observation LXI. — 10 septembre. Vilf..., 30 ans. Lésion de un mois. Début huit jours (?) après le coït suspect. Chancre mixte du limbe. Diagnostic incertain. Recherche des fibres élastiques : néant. Inoculation négative.

Nous arrêtons là cette nomenclature, bien que nous trouvions dans nos notes un certain nombre d'autres cas où la recherche des fibres élastiques nous ait porté à vérifier notre diagnostic et souvent à l'abandonner.

M. Balzer, d'ailleurs, a publié en même temps que la technique de ce procédé un certain nombre d'observations (14 cas) où cette recherche lui a été d'un précieux secours.

On est donc en droit de se demander si cette recherche est décisive ; deux cas peuvent se présenter : 1° le chancre que l'on a à déterminer est douteux ; ses signes objectifs peu nets, il y a ou il n'y a pas de fibres élastiques. Affirmera-t-on qu'il y a ou non vérole d'après cet examen ? 2° Les signes objectifs du chancre que l'on examine, les anamnestiques, etc., tout semble établir un diagnostic indiscutable. L'examen histologique dément ce diagnostic. En conclura-t-on qu'il était fautif ?

Avant de faire une réponse catégorique à la question ainsi nettement posée, qu'on nous permette de produire les résultats des 72 *analyses* de chancres (qu'on nous passe le mot, car nous avons agi *in vitro*) que nous avons pratiquées.

On peut les diviser en cinq catégories :

(Rappelons la proposition émise par les auteurs de ce procédé : On trouve des fibres élastiques dans les produits de raclage des chancres mous ; elles ne s'observent pas dans les préparations provenant de chancre syphilitique ou d'herpès.)

1re Série. — Chancres syphilitiques avérés. (Diagnostic confirmé par les signes objectifs et l'inoculation s'il y a lieu.) Absence de fibres élastiques dans les préparations	31 cas.
2e Série. — Chancres syphilitiques avérés (mêmes observations). Présence de fibres élastiques (erreur histologique	8 —
Forme térébrante où l'échec de la méthode était prévu	2 —
3e Série. — Chancres simples. Diagnostic certain. Présence de fibres élastiques.	21 —
4e Série. — Chancres simples : Diagnostic certain. Absence de fibres élastiques.	4 —
5e Série. — Herpes. Diagnostic confirmé par la marche de l'affection, l'inoculation négative, etc.	6 —

Voilà donc 72 cas, qui peuvent se résumer ainsi :

Chancres syphilitiques . . 41 cas. { 31 succès. 8 échecs.

(Deux cas de forme térébrante où l'échec était prévu).

Chancres simples . . . . 25 cas. { 21 succès. 4 échecs.

Herpès . . . . 6 cas. { 6 succès. » échecs.

Simplifions encore les chiffres : 58 succès sur 70 = $\frac{6}{7}$, en chiffres ronds.

Eliminons tout d'abord l'herpès, puisque pour lui théorie et pratique ne font qu'une seule et même chose, du moins autant qu'on en peut juger par le trop petit nombre de cas cités plus haut. (Nous avons pu vérifier depuis, à diverses reprises, l'exactitude du procédé en ce qui concerne l'herpès : notre pratique se chiffre maintenant à une vingtaine de cas, dont aucun insuccès.)

Il n'en est plus de même pour les chancres, ainsi que le montrent les chiffres ci-dessus, et nous résumons dans le petit tableau suivant les observations des cas où l'examen histologique a échoué.

Une chose qui nous a frappé, c'est le nombre parfois considérable de fibres élastiques que l'on peut trouver dans les produits de raclage d'un chancre manifestement syphilitique, vernissé, luisant, de niveau avec les parties voisines. L'observation LXIII, à ce propos, est particulièrement intéressante, car le microscope révélait un réseau serré et dense, un véritable feutrage élastique.

Une remarque que nous avons également faite, c'est que si l'on trouve des fibres sur un des chancres d'un malade porteur de plusieurs chancres syphilitiques, il est ordinairement facile de les observer également sur ses autres chancres. C'était le cas dans cette même observation LXIII et dans la suivante.

Observation LXVI. — No..., 29 ans. Le malade porte un chancre syphilitique de la face inférieure de la verge avec un chancre syphilitique du raphé antérieur du scrotum. Enfin troisième chancre au niveau du sillon banalo-préputial. Adénopathie polyganglionnaire. Inoculation négative. Les trois chancres sont examinés séparément : on trouve des fibres élastiques dans leurs produits de raclage.

Tableau I. — *Chancres syphilitiques* (10 cas) *diagnostic certain.*

Observat.	Age.	Siège.	Age du chancre.	Date du coït suspect.	Signes sur lesquels est basée la certitude du diagnostic.	Inoculation.	Recherches des fibres élastiques.
X.	»	Chancre syphilitique du sillon.	—	—	Diagnostic confirmé par l'évolution de la maladie et apparition des accidents secondaires.	—	♂♂
XV.	42	Chancre syphilitique.	—	—	Diagnostic confirmé par l'évolution de la maladie et apparition des accidents secondaires (on doit noter que le raclage a été fait fortement).	—	♂♂♂
XXVII.	19	Chancre syphilitique du sillon.	3 semaines.	15 jours.	Caractères du chancre irréfutables.	—	♂♂
XLIII.	37	Deux chancres syphil. Ch. du gland en cocarde. Ch. du fourreau	15 jours.	Coït journalier.	Caractères du chancre très nets. Adénopathie gauche. Ganglions volumineux. Un ganglion douloureux.	Négative.	♂♂♂♂
XLVII.	38	Chancre syphilitique.	1 mois.	7 jours ?	Caractères du chancre syphilitique classique.	—	♂♂♂
LIII.	23	Chancre syphilitique du fourreau.	30 jours.	1 mois.	Adénopathie en pléiade volumineuse. Caractères du chancre très nets. Roséole évoluant dans le service.	Négative.	♂♂
LV.	24	Chancre syphilitique du limbe.	11 jours.	10 jours?	Adénopathie peu marquée. Deux ganglions à droite. Un à gauche.	Négative.	♂ très fines.
LVI.	29	2 chancres syph. de la face inf. du fourreau et du scrotumun de la rainure.	4 semaines.	5 semaines.	Les trois chancres ont été examinés séparément : Adénopathie polyganglionnaire.	Négative.	♂ pour chacun des 3 chancres.
LXIX.	20	Chancre syphilitique du scrotum.	3 semaines.	8 jours.	Adénopathie caractéristique à droite. Autres chancres syphilitiques du fourreau.	Négative.	♂♂
LXX.	26	Chancre syphilitique du fourreau. Forme térébrante.	3 semaines.	3 semaines.	Adénopathie double caractéristique volumineuse. Roséole au début.	—	♂♂♂

Il y a donc, d'après ces tableaux et en réduisant les chiffres à des proportions simples, 1 erreur sur 5 observations lorsqu'il s'agit de chancres syphilitiques, si nous ne tenons pas compte des cas où nous avons eu affaire à la forme térébrante du chancre syphilitique ; encore peut-on dire que c'est précisément dans ces cas que l'on a besoin d'un critérium et que ce serait le triomphe de la méthode si elle nous conduisait à un diagnostic assuré précisément dans ces cas si périlleux... pour le malade et le médecin ; mais comment un chancre térébrant, tout syphilitique qu'il soit, respecterait-il le réseau élastique : ce sont là des cas spéciaux que l'on ne peut opposer au procédé.

Ceci semble nous mener loin de la théorie si souvent reproduite du chancre syphilitique considéré comme néoplasme (on pourrait presque dire à l'exemple d'un de nos maîtres pour la tuberculose, de bacillome syphilitique) et du chancre mou toujours creusé et toujours creusant le derme de façon à entamer sa trame élastique. Aussi nous sommes-nous demandé s'il n'y avait pas dans nos recherches quelques erreurs dépendant d'une cause accessoire, par exemple le temps écoulé depuis le début de l'accident primitif au moment où nous faisions notre examen.

Notre attente a été déçue, et bien que le bon sens nous indique que tout chancre mou en voie de répara-

tion ne devra plus présenter de fibres élastiques à l'examen, nous sommes forcés de nous incliner devant les chiffres.

Parmi les chancres syphilitiques pour lesquels l'examen a été satisfaisant, nous voyons les âges les plus divers, et qui varient de 4 à 50 jours et plus, en passant par tous les intermédiaires.

Parmi ceux de la même catégorie, au contraire, chez lesquels le microscope a révélé les fibres élastiques, on en voit qui datent de 11 jours, de 15; de 3-4 semaines, de 50 jours, c'est-à-dire qui correspondent en somme à toutes les périodes, quelles qu'elles soient, du chancre syphilitique. L'âge du chancre nous paraît donc (pour les chancres syphilitiques surtout) devoir être difficilement incriminé pour expliquer les échecs.

Passons maintenant à l'examen de la série des chancres simples. Total : 25 cas, dont 21 succès, 4 erreurs. C'est, on le voit, un résultat satisfaisant

Ici, comme plus haut, des chancres d'âges les plus divers ont été examinés : deux chancres simples de 5 semaines nous ont encore permis de trouver des fibres élastiques en nombre moyen; presque toujours les chancres de 6 à 8 jours en ont présenté.

Parmi les erreurs relatives aux chancres simples, nous relevons une durée de 4 jours, de 6 jours, de 3 semaines : On le voit, l'embarras où nous étions tout à l'heure pour expliquer les erreurs est le même.

tons que, par une coïncidence possible, elle ait échoué, et l'erreur du diagnostic était consacrée... et le malade condamné au mercure : on n'eût pas manqué plus tard de mettre sur le compte de sa prétendue vérole antérieure les diverses affections dont il pouvait être atteint.

Si nous voulions établir dès maintenant nos conclusions, nous pourrions les formuler ainsi :

1° On trouve des fibres élastiques dans la préparation ; la lésion peut être un chancre simple ou un chancre syphilitique, jamais d'herpès. En d'autres termes, le diagnostic dans le cas d'hésitation entre chancre simple et herpès nous paraît assuré si l'on trouve des fibres élastiques. Malheureusement, il n'en est pas de même si l'on hésite entre chancre syphilitique et chancre simple, bien que, en pareille occurence, la recherche histologique suivie d'un résultat positif doive nous faire incliner vers le diagnostic : chancre simple (1).

2° On ne trouve pas de fibres élastiques. Dans ce cas, *et pour peu que le doute reste dans l'esprit*, soit sur la façon dont a été faite la préparation, soit sur la prédominance des signes qui semblent indiquer un chancre simple, on doit répéter avec soin la préparation : il nous est arrivé, dans un cas, de ne trouver de fibres élastiques qu'à un second examen. Que conclure en l'absence des fibres ? On peut avoir affaire à l'herpès, que ses signes ordinaires, ses caractères transitoires,

TABLEAU II. — *Chancres simples avérés* (4 cas).

Observat.	Age.	Siège.	Age du chancre.	Date du coït suspect	Signes sur lesquels est basée la certitude du diagnostic.	Inoculation.	Recherches des fibres élastiques.
IX.	24 (?)	Chancres simples multiples du limbe.	—	—	Aucune induration. Suppuration assez abondante. Aucune adénopathie. Développement rapide après le coït.	N'a pu être faite.	Néant.
XIV.	27	Chancres simples du limbe.	3 semaines.	8 jours.	Aspect caractéristique commémoratifs, etc.	Positive.	—
XXIV.	21	Chancres simples.	6 jours.	(?)	Comme XIV.	—	—
LXXI.	28	Chancres simples de la rainure.	4 jours.	(?)	Adénopathie volumineuse à droite non douloureuse. Lymphangite réticulaire.	Positive.	—

Le siège du chancre n'est pour rien dans les erreurs constatées, puisque parmi les chancres syphilitiques où nous avons retrouvé des fibres élastiques, nous voyons deux cas de chancre du scrotum, des chancres du fourreau, du gland, du frein, du reflet balano-préputial.

Nous n'avons pu examiner qu'un cas de chancre extra-génital; il siégeait à la lèvre; pas de fibres élastiques.

Les erreurs sont beaucoup moins fréquentes dans la catégorie des chancres simples, si bien que le résultat négatif devrait nous faire croire immédiatement à un chancre syphilitique. Ici encore l'erreur est possible, et je citerai à l'appui l'observation LXXI, Jig..., 28 ans, entré salle 1, n° 11. Porte au niveau du sillon un chancre datant de 4 jours, survenu au dire du malade 34 jours après le coït. On diagnostique chancre syphilitique, et la recherche négative des fibres élastiques vient confirmer le diagnostic.

Mais une lymphangite réticulaire qui débute bientôt nous donne quelques doutes sur l'accident primitif, et l'inoculation pratiquée aboutit à un résultat positif. Cette observation est à coup sûr le type de celles qui peuvent mettre le médecin dans l'embarras, puisqu'il y a eu ici incertitude de tous les signes, sauf l'inoculation. Admet-

l'absence des cellules épithéliales dans la préparation pourront différencier facilement du chancre syphilitique. Mais on peut aussi avoir affaire soit à un chancre syphilitique (diagnostic histologique exact), soit à un chancre simple (erreur histologique). Nous avons vu par les chiffres cités plus haut que les cas sont relativement rares où le chancre simple ne présente pas de fibres élastiques. Pour peu donc que les signes ordinaires s'accordent avec l'idée de chancre syphilitique, on pourra accepter ce diagnostic au moins mentalement et sous bénéfice d'inventaire.

La certitude n'est donc pas permise, de même non plus qu'elle n'était pas permise (quoique rarement) dans le cas d'inoculation négative. Toutefois, la différence des deux procédés est tout à l'avantage de la recherche histologique, puisque l'application n'en répugne nullement au malade et qu'elle n'est point douloureuse. Jusqu'à présent, et parmi tous les signes énumérés, *aucun*, on le voit, n'est absolument démonstratif, et bien souvent on en est réduit à attendre la roséole pour se prononcer.

(1) Nous faisons quelques réserves pour les chancres syphylitiques (deux cas observés) à forme térébrante, où il est tout naturel de trouver des fibres élastiques.



PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(Collection Bourneville).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV-99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75— Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville ;— Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (n° 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (n° 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique velin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584) Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs Legué et G. de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in 8 de 330 pages. Papier velin, prix : 6 fr Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé. 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr.—Papier Japon prix : 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

La recherche des fibres élastiques est susceptible, cependant, d'une précieuse application : je veux parler du diagnostic des lésions sous-préputiales lors de phimosis accidentel.

Tous ceux qui ont fréquenté le Midi savent combien l'on est parfois embarrassé pour se prononcer lorsqu'un malade se présente non pas avec une lésion siégeant sous un phimosis congénital qui permet bien souvent de faire le diagnostic par la palpation, mais avec un prépuce rouge, *induré*, lymphangitique, un écoulement abondant; on hésite alors entre une blennorrhagie, un herpès sous-préputial, une balano-posthite simple, un chancre infectant (qui donne lieu à de la suppuration lorsqu'il est sous-préputial), un chancre simple, etc.

L'examen microscopique est ici d'un précieux secours : examinons le pus. Il contient des gonocoques : il y a blennorrhagie.

Pas de gonococci, pas de fibres élastiques : balano-posthite ou chancre infectant.

Pas de gonocci, fibres élastiques : Chancre infectant ou chancre simple, mais plutôt chancre simple.

Dans chaque cas, on le voit, on peut éliminer trois des affections auxquelles on pourrait songer, c'est donc un pas de fait vers le diagnostic.

En résumé, cette méthode, quoique infidèle parfois, peut suffire dans bien des cas, et quelle méthode, d'ailleurs, est infaillible ? Certes, la recherche de microorganismes propres à chaque variété de chancres vaudrait mieux, mais nos connaissances sont encore fort incomplètes (on pourrait dire nulles) à ce point de vue et les dernières recherches d'Alvarez et Tavel ont jeté une ombre sur la découverte du bacille de la syphilis de Lustgarten, dont la préparation était déjà si délicate et que nous avouons avoir rarement trouvé. L'examen bactérioscopique lui-même ne serait pas toujours décisif, sauf dans les cas où on retrouverait le microbe, car les cas négatifs pourraient être diversement interprétés.

Ici, au contraire, la recherche des fibres élastiques est rapide et facile, nous ajouterons même qu'elle est attrayante : si le résultat est conforme à ce qu'indiquent les signes objectifs ordinaires, on ne peut nier que l'esprit y puise une quasi-certitude en faveur du diagnostic porté, mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que cette probabilité, si forte qu'elle soit, ne doit être, en aucun cas, considérée comme une certitude absolue.

Après cet examen successif de tant de signes donnés tour à tour comme certains, puis attaqués souvent dans une injuste mesure, quelle ne doit pas être la prudence du praticien lorsqu'il formule un diagnostic aussi sérieux par les conséquences qu'il entraîne pour le traitement, que dangereux si l'erreur a été méconnue.

N'équivoquons pas et rappelons-nous que bien souvent il n'y a de la part du médecin aucune faiblesse à se déclarer incompétent, momentanément du moins : il doit réclamer du malade une observation patiente et attentive des symptômes : et si celui-ci lui demande un traitement dès le début, il ne doit pas s'embarquer dans une médication téméraire et dangereuse tant que la certitude la plus absolue n'existe pas dans son esprit : il devra pratiquer la recherche des fibres élastiques, pourra proposer l'inoculation et après avoir scrupuleusement mis dans la balance tous les signes qui se prononcent pour ou contre le diagnostic présumé, alors seulement il aura le droit de prononcer l'arrêt du malade en lui dévoilant la spécifité de la lésion soumise à son appréciation.

La technique histologique par laquelle on arrive à la notion de la présence des fibres élastiques offre, telle qu'elle a été formulée par M. Balzer et telle qu'elle est employée dans les services de l'hôpital de Lourcine, deux avantages considérables et de toute importance dans un tel ordre de recherches : rapidité et facilité.

On pourrait à la rigueur examiner directement les produits de sécrétion des chancres sans autre préparation que celle d'une lamelle incolore; mais, dans de telles conditions, on s'expose à méconnaître la présence de fibres élastiques lorsqu'elles sont en faible quantité, cas fréquent et parfois même embarrassant. Voici la technique employée : Après avoir procédé au lavage minutieux des lames et des lamelles, on racle *légèrement* (et ceci est de toute importance) la surface du chancre à examiner avec la lame *émoussée* d'un scalpel convexe; on dépose le produit sur une lamelle et on l'écrase entre deux lamelles en répartissant également sur l'une et l'autre le produit de sécrétion absolument comme cela se fait pour l'examen bacillaire des crachats ou autres liquides pathologiques.

Il est bon de passer les lamelles ainsi préparées au-dessus de la lampe à alcool ; de cette façon, les produits déposés à leur surface s'y trouvent fixés et ne menacent pas de se détacher lors des lavages consécutifs, mais cette opération doit être faite *très rapidement*.

On porte ensuite les deux lamelles ainsi obtenues dans une solution d'éosine : il nous a semblé que la solution alcoolique saturée donnait un bon résultat surtout si l'on avait soin d'y ajouter quelques gouttes d'eau, car dans ces conditions, la coloration de la lamelle se trouve toujours accentuée. Séjour dans l'éosine : 2 à 3 minutes. On sort la préparation de l'éosine, on la plonge dans une solution de potasse caustique à 40 0/0 une minute ou une demi-minute, on la lave à l'eau distillée ; dans ces conditions, il n'y a plus qu'à la laisser un peu sécher sur du papier buvard et à la monter dans la glycérine.

Y a-t-il des fibres élastiques, celles-ci apparaîtront très nettement dans les préparations ainsi traitées sous forme de faisceaux enchevêtrés, de telle façon qu'on ne saurait mieux les comparer qu'à des paquets de vermicelle, ou de fibres plus ou moins contournées en spirale. Notons dès maintenant que le lavage à l'eau au sortir de la potasse doit être complet, mais rapide, sous peine de voir la préparation se décolorer entièrement, ce qui complique la recherche des points de la préparation où le pus a été déposé en quantité notable. Un tel procédé, on le voit, est d'une facilité extrême, il n'exige que 2 flacons de réactifs, il est à la portée de ceux qui sont le moins familiarisés avec les études micrographiques. Aussi rapide que simple, le diagnostic peut être fait (préparation et examen) en 3 ou 4 minutes au maximum.

Comment fera-t-on cet examen de la préparation et quelles sont les causes d'erreur qu'il faut éviter.

Pour qu'il soit facile et rapide, il faut que les produits de sécrétion déposés sur la lamelle soient fortement colorés, et si l'exsudat du chancre l'a permis, qu'il y en ait une quantité suffisante pour recouvrir l'ensemble de la lamelle.

Le grossissement à employer n'a pas besoin d'être considérable : nous nous sommes constamment servis du Zeiss Ocul. 2 objectif DD, mais les microscopes ordinaires des hôpitaux donnent un grossissement amplement suffisant, 300 ou 400 diamètres environ. Si on n'aperçoit pas de fibres élastiques dès l'abord, il faut

parcourir et examiner avec soin un certain nombre de champs objectifs, car il arrive fréquemment que les fibres sont cantonnées par îlots et, dans ces conditions, il est facile de comprendre qu'un examen superficiel en ferait méconnaître la présence.

Deux erreurs sont à éviter : elles sont grossières à la vérité, et ne pourraient surprendre que des observateurs peu habitués au maniement du microscope. C'est d'une part la présence de filaments de coton excessivement fins détachés du linge qui a essuyé la lamelle. C'est, d'autre part, la présence de fibrilles ondulées de fibrine coagulée.

Or, pour les premiers, ils sont facilement reconnaissables à la présence dans la préparation de filaments analogues, mais beaucoup plus gros, d'un volume que ne présentent jamais les fibres élastiques ; de plus, leurs extrémités sont divisées, *effilochées* si l'on peut dire ; enfin, la forme spiralée ne leur appartient pas ; en certains points, elles se coudent brusquement ou sont comme brisées.

Quant à la fibrine coagulée, elle peut produire une irisation ondulée de certains points de la préparation, mais ces formations fibrillaires sont toujours diffuses, mal limitées, et ne présentent, en aucun cas, le contour net et la réfringence toute spéciale de la fibre élastique.

Ces fibres élastiques peuvent être, disons-le en passant, de diamètre fort variable ; cependant on trouve de préférence des fibres moyennes ; ce sont celles, en effet, qui répondent au réseau du derme.

Leur nombre dans chaque préparation est très variable : pour éviter les longueurs, nous avons, dans nos relevés, adopté les abréviations suivantes :

♂	Rares.
♂♂	Peu nombreuses.
♂♂♂	Nombreuses.
♂♂♂♂	Très nombreuses.
♂♂♂♂♂	Excessivement nombreuses.

Il est bien évident que la coloration que nous venons de décrire à l'exemple de M. Balzer n'a rien d'absolu. Nous avons essayé un certain nombre d'autres procédés qui, disons-le dès maintenant, ne nous ont pas donné de résultats aussi satisfaisants. C'est d'abord la coloration classique des fibres élastiques par l'iode sous forme de solution hydroalcoolique concentrée.

Nous sommes arrivés à un résultat meilleur en colorant la préparation par les couleurs de violet d'aniline, le violet de Bâle, par exemple, et soumettant ensuite la préparation à l'action de l'acide acétique.

Quoi qu'il en soit, nous le répétons, c'est à l'éosine que l'on doit avoir recours, et c'est elle qui nous a donné les meilleures préparations.

Nous avons cru utile d'exposer rapidement cette technique en y ajoutant quelques recommandations spéciales afin de mettre tous ceux que peut intéresser la question à même de contrôler, et nous l'espérons, de confirmer nos observations.

Cas d'empoisonnement a la suite d'application locale de cocaine. — Le Dr W.-H. Long cite le cas d'un homme de 33 ans, atteint d'une tumeur du larynx, qui mourut à la suite d'applications d'une solution à 2 pour 100 de cocaïne. — (*The American practitioner and News*, déc. 1886, p. 408.)

Société de dermatologie de Berlin. — Cette Société est définitivement constituée et a tenu sa première séance. Les présidents sont MM. Kobner et G. Lewin ; les secrétaires, MM. Muller et Rosenthal. Les séances ont lieu le premier mardi de chaque mois, à l'Institut de pharmacie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un bon traitement du goître.

Le goître, qui frappe surtout les femmes, n'est pas seulement une difformité désobligeante ; il constitue parfois un danger imminent. A ce double titre, il méritait tout l'intérêt que lui témoignent à l'envi médecins et chirurgiens. Ceux-ci, forts de l'impunité que leur assure l'antisepsie, n'ont pas reculé devant l'opération radicale de la thyroïdectomie. Ceux-là, naturellement plus timides et plus conservateurs, ont demandé la guérison ou l'amélioration du goître à des moyens plus doux. Les uns et les autres pourraient bien avoir raison : il est des cas pour lesquels l'intervention chirurgicale s'impose comme urgente et comme seule efficace ; il est des cas plus nombreux qui peuvent être amendés ou guéris par des procédés médicaux. Nous voulons simplement aujourd'hui apprécier la valeur d'un de ces procédés, en prenant pour guide l'intéressant travail que M. Duguet, médecin de Lariboisière, vient de publier (1).

C'est en 1863 que le Dr Luton (de Reims) fit connaître son traitement du goître par les injections iodées ; les résultats favorables qu'il avait obtenus firent des prosélytes et la nouvelle médication ne tarda pas à donner d'importants succès. Cependant, cette méthode simple et inoffensive ne se généralisa pas autant qu'il était permis de l'espérer ; elle resta lettre morte pour un grand nombre de médecins. Les faits nombreux que M. Duguet apporte à l'actif de la méthode vont sans doute lui donner un regain de faveur. Il nous parait utile de divulguer les résultats annoncés et d'insister sur les détails d'un traitement appelé à rendre de si grands services.

Depuis l'année 1874, M. Duguet a traité par les injections iodées tous les goîtres qui se sont présentés à son observation. Sur 34 cas soumis à cette pratique, nous comptons 21 guérisons, 7 améliorations et 6 résultats inconnus. Tous les goîtres *récents*, qu'ils fussent charnus ou kystiques, ont guéri radicalement après un petit nombre d'injections. Parmi les goîtres anciens, malgré des injections plus nombreuses, deux seulement ont guéri, la plupart ont été arrêtés dans leur développement, amoindris, durcis, rétractés ou réduits. La méthode, souveraine pour les goîtres récents, n'est donc pas aussi efficace contre les goîtres anciens. Sur ces 34 cas, il y avait 29 femmes et 5 hommes ; il n'y avait que 6 goîtres kystiques pour 28 goîtres charnus. Les goîtres kystiques, qui paraissent n'exister que chez la femme, ont guéri plus rapidement que les autres, quelquefois après une seule injection. Tandis qu'il a fallu en moyenne 8 injections 1/2 pour un goître charnu récent, 1 injection 1/2 a suffi pour un goître kystique.

Le manuel opératoire n'offre pas de difficultés ; nous allons cependant l'exposer en détail. Le liquide injecté est la teinture d'iode pure du Codex ; on se servira de la seringue de Pravaz ordinaire ou mieux d'une seringue de Pravaz en ivoire noirci ou en caoutchouc durci. Malgré l'action destructive de l'iode sur l'acier, on pren-

(1) *Goîtres et médication interstitielle.* Paris, 1886, Steinheil, éditeur.)

dra des aiguilles faites avec ce métal bien plus résistant que l'or. Pour préserver ces aiguilles en acier de la rouille qui les détériore si promptement, on aura soin de les laver, après chaque injection, dans une solution légèrement ammoniacale, et de les plonger, jusqu'à la prochaine injection, dans un vase contenant de l'huile pure ou phéniquée. « De la sorte, dit M. Duguet, la seringue et les aiguilles que nous employons sont toujours en bon état, et prêtes à être mises en usage indéfiniment, sans avoir jamais besoin de recourir au flambage pour faire soigneusement nos injections. » Avant de pratiquer l'injection, on choisira le point dans lequel l'aiguille sera introduite, c'est-à-dire la partie la plus centrale, la plus charnue, la plus résistante au doigt, en évitant de piquer les grosses veines qui rampent à la surface du goître. Quand on s'est assuré que la seringue fonctionne bien, on la remplit de teinture d'iode, on expulse les dernières bulles d'air et on fixe la tumeur avec la main gauche. A ce moment, l'aiguille, séparée de la seringue, est enfoncée *lentement* à 2 ou 3 centimètres de profondeur. S'il s'écoule du sang, on retire l'aiguille pour l'enfoncer dans un autre point; s'il s'écoule de la sérosité ou un liquide roussâtre, on l'aspire dans une seringue vide avant de pratiquer l'injection iodée. Cette injection est poussée *doucement* et en observant la figure du malade.

La première fois, on se contentera d'injecter la moitié ou les trois quarts seulement de la seringue de Pravaz, pour tâter la susceptibilité des malades. L'injection terminée, on retire l'aiguille en laissant sur le point de la piqûre la pulpe du doigt pour arrêter tout écoulement de sang ou de teinture; tout pansement est inutile.

Parfois l'injection n'est suivie d'aucune réaction; le plus souvent apparait une tension ou même une douleur locale qui peut s'irradier vers les dents, l'oreille, la nuque, l'épaule et la gorge. Puis, c'est une sorte de fièvre locale avec tuméfaction, chaleur, gêne dans les mouvements du cou et la déglutition. Quelquefois, il y a des frissons, de la céphalalgie, de l'insomnie, etc. Il est rare que cet état fébrile dépasse un ou deux jours.

Après cette réaction, en général modérée, le goitre diminue et guérit même parfois après une seule injection. La règle est que plusieurs injections sont nécessaires; on mettra un intervalle de huit jours entre ces injections; on se gardera bien de les renouveler avant que tout phénomène réactionnel ait disparu. Des intervalles de dix et quinze jours peuvent être nécessaires.

Il faut relever, dans cette pratique qui n'a donné à M. Duguet que des succès plus ou moins complets sans aucun accident opératoire, une action locale résolutive de l'iode sur la tumeur et une action en retour de l'iode absorbé. M. Luton croit même que cette dernière estplus efficace que la première et qu'elle peut être suffisante; c'est une théorie que nous n'avons pas à discuter.

Tenons-nous en aux résultats pratiques, qui font le plus grand honneur aux promoteurs de la méthode. Voilà pourquoi nous avons cru qu'il était bon d'aider à sa vulgarisation. D[r] J. Comby.

Nouveaux procédés pour fermer une perforation de la membrane du tympan.

Pour fermer les perforations de la membrane du tympan on ne faisait usage, jusqu'à ces temps derniers, que de rondelles de caoutchouc, de papier, de gutta-percha, de boules de coton, etc., tous moyens qui ne sont en somme que des corps étrangers ayant l'inconvénient de déterminer une irritation plus ou moins vive du reste de la membrane du tympan et de la muqueuse de la caisse. En 1878, le D[r] Berthold, de Koenigsberg, voulut subtituer à ces corps étrangers une membrane vivante; c'est ainsi qu'il essaya de greffer un morceau de la peau du bras sur des perforations. La peau avait l'inconvénient d'être trop épaisse et de s'adapter difficilement aux bords de la perforation. Aussi abandonna-t-il ce procédé pour le remplacer par la membrane testacée de l'œuf de poule. En effet, le tissu fibreux de cette enveloppe contient des vaisseaux sanguins (Meckel), et résiste à l'action de la putréfaction (Wittich); de plus cette pellicule adhère très fortement par sa face interne aux objets secs.

Pour appliquer cette membrane, il faut que l'otorrhée et la cause qui l'a engendrée aient disparu; on taille dans la membrane testacée une pièce un peu plus grande que l'ouverture à recouvrir et on l'applique sur l'orifice d'un petit tube de verre que l'on a préalablement trempé dans le blanc de l'œuf. Cette manœuvre se fait facilement si l'on à soin de presser légèrement un tube de caoutchouc adapté à l'autre bout de la pipette. En suspendant la pression, on attire la pièce contre son orifice. On introduit alors le tube dans le conduit auditif jusqu'au tympan; par une pression du tube en caoutchouc, on fait passer la face interne de la pellicule sur les bords de la perforation de la membrane. Si toutefois la pièce n'était pas déposée à l'endroit voulu, on aurait soin de la faire glisser à l'aide d'une sonde: Si après l'occlusion de la perforation une nouvelle sécrétion se produisait dans l'oreille moyenne, on détacherait la membrane testacée et après avoir tari l'écoulement, on fermerait l'ouverture du tympan au moyen d'une nouvelle pellicule.

Cette opération ne réussit bien qu'en employant des œufs frais. Nous avons pensé que nous pourrions utiliser dans ce même but la peau de la grenouille. En effet, il y a quelques mois le D[r] Dubousquet nous ayant raconté le succès qu'il avait obtenu avec la peau de cet animal dans un cas de brûlure étendue, cas qu'il vient de communiquer à la Société de Biologie, nous avons appliqué sur différentes perforations de petits morceaux de peau prise soit sur la membrane interdigitale, soit sur la peau des pattes, soit encore sur la membrane clignotante de l'œil. Nos essais ont parfaitement réussi et semblent même nous donner des résultats plus favorables qu'avec l'emploi de la membrane testacée. Le mode d'application est analogue au précédent, après dissection fine de la peau au moyen de ciseaux et d'aiguilles.

Nous avons aussi utilisé la membrane testacée de l'œuf et la membrane clignotante de la grenouille pour remédier aux altérations de la muqueuse nasale dans certaines formes de rhinites. Nous reviendrons sur ce dernier sujet. J. Baratoux.

La Faculté de médecine de Paris en 1886.

La *Revue scientifique* a publié, dans son numéro du 18 décembre 1886, une communication faite au Conseil académique de Paris par M. le doyen Béclard, sur les évènements de l'année à la Faculté de médecine de Paris. Nous croyons devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur quelques points de cet intéressant travail.

Voyons d'abord ce qui concerne la reconstruction de la Faculté de médecine et de l'Ecole pratique. Y a-t-il assez longtemps qu'on le répète : Cette nouvelle Faculté semble vouée à une construction perpétuelle ; un côté tombera en ruines alors que l'autre ne sera encore qu'à l'état d'ébauche. M. Béclard s'en console en constatant que la reconstruction suit *paisiblement* son cours. Il est vrai, dit-il, qu'il y a urgence extrême à aménager au plus vite la grande galerie qui s'étend en bordure du boulevard Saint-Germain, autrement dit à transformer en bibliothèque ces bâtiments qui depuis des années restent inoccupés. A quoi bon bâtir si les habitations doivent rester désertes. Tout le monde reconnait qu'il y a urgence, et personne ne remue. Ah ! l'argent, ce nerf de la science comme de la guerre, parait décidément manquer. Il faudrait pourtant trouver le moyen de sortir d'une pareille impasse, et nous regrettons de voir que M. Béclard n'en dit mot ; il est vrai que le public n'a pas besoin de se rendre compte de la façon dont on trouvera la somme suffisante, pourvu qu'on la trouve. Trouvez-la donc, Messieurs, et marchez. Les autres, là-bas, marchent, pendant que nous marquons le pas. Vous oubliez Strasbourg....., Berlin et Vienne.

La statistique, que M. le doyen donne des étudiants en médecine inscrits à la Faculté de Paris pour l'année 1886, est très consolante. C'est avec joie que nous constatons une augmentation notable dans le nombre des *Étudiants de nationalité étrangère.* Au début de l'année 1885-86, c'est-à-dire au 15 octobre 1885, ils étaient au nombre de 510. A la fin de l'année 1885-86 le nombre total était de 533. Différence 23 ; mais à ces 23 il faut ajouter 31 élèves qui ont été reçus docteurs dans le cours de l'année ; total 54 nouveaux-venus d'origine étrangère. — Le nombre des *élèves femmes* a aussi un peu augmenté ; de 103, il est monté à 108 (83 russes, 11 anglaises, 7 françaises, 3 américaines, 2 autrichiennes, 1 roumaine, 1 turque). M. Béclard signale la disproportion qui existe entre le chiffre des diplômes et le nombre des inscriptions prises par les femmes. Ce fait est curieux à souligner ; est-ce que mesdames les étudiantes travaillent moins que leurs condisciples du sexe fort, ou bien redoutent-elles davantage les épreuves des examens de doctorat. Nous nous rattachons sans hésiter à cette dernière interprétation, jusqu'à preuve du contraire au moins.

Une courte note de M. Béclard nous a semblé n'avoir pas frappé suffisamment l'attention, peut-être parce que ce n'est qu'une note ; elle mérite cependant qu'on la lise et en comprenne la portée. « Jusqu'à présent, dit-il, aucune femme ne s'est fait inscrire comme élève à l'Ecole supérieure de pharmacie, et c'est là un fait vraiment remarquable. » Oui, c'est là un fait remarquable et digne d'attention ; il serait bon d'en rechercher la cause, et il y a bien longtemps que nous nous sommes demandé pourquoi les femmes ne veulent-elles point être pharmaciens. Y a-t-il une raison majeure ? — Eh bien, nous la cherchons encore, si elle existe, cette raison, alors que tout plaide en faveur de ceci : Les femmes feraient d'excellents pharmaciens. Nous n'essayerons pas de le démontrer aujourd'hui, cela nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs les Ecoles de pharmacie de province ont peut-être des élèves-femmes, ce que nous ignorons (1). Nous tenions seulement à exprimer ici une idée qui nous est venue le jour même où nous avons su qu'il existait des femmes-médecins.

A propos des femmes-médecins, — et par conséquent des femmes-pharmaciens, qui ne paraissent pas encore exister mais qui seraient peut-être plus utiles à la société que les femmes-médecins, — M. Béclard se demande si l'on doit encourager les femmes à s'adonner à des études jusqu'ici à peu près exclusivement réservées aux hommes. S'il s'agit de la haute culture intellectuelle, de diplômes (doctorat ès-sciences, ès lettres, etc.) à obtenir, pas d'inconvénients. S'il s'agit de diplômes professionnels (femmes-médecins, etc.), toute autre est la question. Pour avoir la solution de ce problème il propose de recourir à l'*expérimentation* sur la plus vaste échelle. Essayons, ajoute-t-il, de la femme-médecin, de la femme-avocat, même de la femme-député et de la femme-magistrat, et nous verrons. C'est là, tout le monde le reconnaîtra, la seule réponse possible à l'heure qu'il est. Eh ! oui, expérimentons en grand et attendons les résultats. Dites aux femmes ambitieuses, intelligentes, instruites et travailleuses : Tentez de la pharmacie, comme d'autres s'essaient dans la médecine ; nous avons besoin d'expériences faites dans tous les sens pour trouver la solution d'un problème qui intéresse au plus haut point l'avenir de la société ; aidez-nous dans nos tentatives, nous sommes prêts à vous soutenir et à encourager vos efforts. Si vous succombez, il faudra vous soumettre ; si vous gagnez votre cause, nous n'aurons qu'à nous incliner. L'Ecole de pharmacie ne peut vous fermer ses portes ; elle sera aussi libérale que la Faculté de médecine. Le conseil de M. Béclard est évidemment le meilleur : Expérimentons. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 décembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. S. ARLOING étudie les *propriétés zymotiques de certains virus.* Après avoir démontré que les microbes pathogènes anaréobies peuvent faire entrer en fermentation des substances hydrocarbonées qu'ils transforment finalement en acide butyrique, en acide carbonique et en hydrogène, il fait connaître aujourd'hui que ces mêmes virus provoquent également la fermentation des substances albuminoïdes. Les infiltrations gazeuses qui, sur le vivant, forment la caractéristique la plus remarquable de la septicémie gangréneuse et du charbon symptomatique, peuvent donc être le résultat de la fermentation des substances hydrocarbonées et azotées des tissus. Comme les gaz de ces infiltrations sont souvent inodores au début des accidents, il est permis de supposer que la fermentation porte d'abord sur les matières hydrocarbonées : quand les gaz devien-

(1) Nous désirerions être renseigné sur ce sujet.

dront fétides, on en conclura que la fermentation s'est étendue aussi aux substances quaternaires.

M. L. Vaillant rapporte les résultats de ses observations sur les *poissons des grandes profondeurs*.

MM. Gayon et Millardet continuent leurs recherches sur la quantité de *cuivre contenu dans les produits des vignes soumises au traitement du Mildew* par le mélange liquide de chaux et sulfate de cuivre. L'innocuité de ce traitement paraît aujourd'hui démontrée: cependant, la quantité de métal est un peu plus considérable dans les vins troubles.

M. P. Mégnin a fait de nouvelles études anatomiques et physiologiques sur les *Glyciphages*. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *décembre* 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. Vallin fait une communication sur le *salicylage*, qu'il résume dans les considérations suivantes : il est établi par l'observation médicale que les doses faibles mais journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives. En conséquence, l'addition d'acide salicylique et de ses dérivés, même à des doses faibles, dans les aliments solides et liquides ne saurait être autorisée.

Election du vice-président pour l'année 1887. M. Hérard est élu par 59 voix sur 66 votants.

Election du secrétaire annuel. M. Proust est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

Membres du Conseil : sont élus MM. G. Sée et Gombaux.

Commission des épidémies : MM. Rochard et Hayem.

Commission des Eaux minérales : MM. Marjolin et Gallard.

Commission des remèdes secrets : MM. Mesnet et J. Chatin.

Commission de la vaccine : MM. Hervieux et Blot.

L'Académie se constitue en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit: En première ligne, M. Carlet (de Grenoble); en deuxième ligne, M. Picot (de Bordeaux) ; en troisième ligne et ex-æquo, MM. Marquez (d'Hyères) et Mauricet (de Vannes) ; en quatrième ligne et ex-æquo, MM. Ossian-Bonnet (de Rio-de-Janeiro) et Riembault (de Saint-Etienne).

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 1er *octobre* 1887. — Présidence de M. Netter.

2. Volvulus de la première portion de l'intestin grêle ; par Henri Hartmann, prosecteur de la Faculté.

G..., 32 ans, garçon de bureau, entre le 25 septembre 1886 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Constantin Paul. Ce malade a toujours joui d'une bonne santé et n'accuse d'autre antécédent morbide qu'une diarrhée chronique revenant d'une façon presque continue et datant d'un séjour en Cochinchine, il y a dix ans. Le 20, sa diarrhée ayant un peu augmenté et s'étant accompagnée de quelques coliques, d'un état gastrique léger, le malade prend une purgation. Les jours suivants, la diarrhée continue. Dans la nuit du 23 au 24, il a encore une selle diarrhéique vers minuit. Un quart d'heure après, il est pris de coliques très vives, de douleurs abdominales violentes, sans localisation bien nette en aucun point, et fait appeler un médecin. Deux centigrammes de morphine, injectés sous la peau, ne sont suivis d'aucune amélioration. Aussi le malade entre-t-il dans la journée à l'hôpital. Notre collègue Dutil, qui le voit le soir, porte le diagnostic étranglement interne et le fait passer en chirurgie, où nous le trouvons dans l'état suivant, à huit heures du soir. La température, qui, à six heures, était de 38° 5, est de 38° dans l'aisselle. Le pouls est à 116. les respirations à 34. Le faciès est un peu fatigué. Les vomissements bilieux jaunâtres, qui ont existé au début des accidents, ne se sont pas reproduits ; mais le malade a des éructations et un peu de hoquet. Le ventre est très tendu, ballonné d'une façon spéciale. Le ballonnement est limité aux régions occupées par l'intestin grêle et laisse déprimés les flancs et l'épigastre. Le ventre est partout sonore. Il est douloureux spontanément; le maximum de la douleur répond à la région ombilicale, mais il n'y a aucune localisation nette. La pression est partout douloureuse. Le malade urine normalement. Depuis le début des accidents, il n'a eu ni selles, ni gaz par l'anus.

L'absence de douleurs, limitées en un point, les antécédents diarrhéiques du malade, qui pouvaient faire penser à une lésion antérieure de l'intestin, la température de 38° 5, puis de 38°, constatée quarante heures après le début des accidents, nous font penser à une péritonite. Morphine en injections sous-cutanées. Glace intus et extra. Le lendemain, dimanche 26, nous faisons chercher un chirurgien, afin, tout au moins, de couvrir notre responsabilité. M. Schwartz voit le malade, porte le même diagnostic, et, vu l'absence de symptômes alarmants, d'une part, vu, d'autre part, l'existence d'une douleur plus vive à la pression dans le flanc gauche que dans le reste de l'abdomen et d'un certain empâtement de ce côté ; il pense qu'il est peut-être possible de limiter l'inflammation, ordonne l'application de sangsues, la continuation de la glace et des injections de morphine.

Le 27 *septembre*, notre maître, M. Brun, voit le malade. Le ballonnement est resté localisé à l'intestin grêle. Il n'y a toujours ni selles ni gaz. Les vomissements bilieux qui ont reparu dans la journée du 26, peu abondants, jaune verdâtre, ont pris cette nuit une coloration brune avec dépôt granuleux noir. Pas d'odeur fécaloïde. Dès que le malade boit la moindre quantité de liquide, il est pris de nausées et de vomissements. La température, hier, de 37° 5, 37° 2, est ce matin de 37° 3 ; le pouls, faible, est de 108. Les urines sont normales d'aspect; 800 grammes depuis hier matin. La face est un peu tirée, les yeux excavés, le nez effilé. Le soir, 38° 2.

Le 28 *septembre*, même état, un peu aggravé, 38° le matin, 38° le soir. Mort dans la nuit du 28 au 29, sans que le malade ait présenté, à aucun moment, de vomissements fécaloïdes.

Autopsie : Nous constatons l'existence d'une péritonite généralisée avec exsudats fibrino-purulents. Les anses intestinales vascularisées sont agglutinées par des adhérences

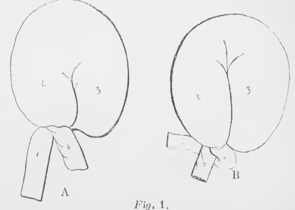


Fig. 1.

molles, faciles à détacher. Le ballonnement était exclusivement dû à la distension, d'une anse d'intestin grêle, dont le pédicule était situé profondément à gauche de la colonne vertébrale et dont la convexité faisait saillie en avant et à droite. Cette anse, qui mesurait, sur sa convexité, 68 centimètres, appartenait à l'origine de l'intestin grêle. Celui-ci n'était dilaté ni au-dessus ni au-dessous de l'anse dis-

tendue. L'estomac n'était pas dilaté. Enlevant la pièce et la plaçant sur la table, on avait la disposition qu'on peut constater sur le premier dessin annexé à cette observation. et que nous devons à notre ami Répin (*fig.* 1)). Une anse extrêmement distendue et dont les extrémités tordues forment une sorte de sillon, se continuant avec les deux bouts du reste de l'intestin. Il est impossible de déterminer à première vue comment se fait la continuation entre les bouts de l'intestin et les extrémités de l'anse. Nous sommes obligés de nous y reprendre à plusieurs fois pour établir ces rapports de continuité et pouvons alors constater ce que l'on voit sur notre deuxième dessin, où les parties ont été un peu écartées. Il s'agit d'un enroulement de la partie initiale de l'anse siège du volvulus autour de sa partie terminale, prise comme axe. (Nous avons, sur nos dessins, numéroté les parties afin de permettre de suivre leur continuité en établissant leurs rapports). Cette partie terminale, qui sert d'axe, est, en même temps, très légèrement tordue sur elle-même. Pas de perforation, mais effacement complet du calibre intestinal au niveau du point tordu, vu le petit espace marqué par un simple sillon dans l'étendue duquel s'était faite la torsion. Les autres viscères ne présentaient rien de spécial, sauf un peu de sclérose et de dégénérescence graisseuse.

Réflexions. — Nous avons apporté cette observation à la Société pour plusieurs raisons : la rareté des cas analogues. Le volvulus siège ordinairement sur le gros intestin. On n'en trouve qu'un petit nombre portant sur l'intestin grêle, ainsi que l'établit Lévêque dans sa thèse (*De l'occlusion intestinale produite par les rotations de l'intestin et en particulier par celles de l'intestin grêle*, Th. Paris 1885). 2° Les anomalies cliniques de cette observation: a) Température de 38° 5 et de 38° constatés dans les quarante-huit heures d'un étranglement. b) Absence de vomissements fécaloïdes jusqu'au moment de la mort. Nous avons cru tout d'abord que cela était dû au siège élevé de l'étranglement. Mais la lecture des observations publiées nous a montré que nous ne pouvions admettre cette cause, les vomissements fécaloïdes existant dans les étranglements de l'origine de l'intestin grêle, tout comme dans les autres. 3° Cette observation nous semble plaider en faveur de l'opinion de ceux qui veulent que dans tous les cas douteux, où l'état général devient alarmant, *on peut et on doit ouvrir le ventre.* L'entérotomie, qui, en pareil cas, aurait certainement porté sur l'anse tordue et distendue, ne pouvait donner que des résultats déplorables ; aussi pensons-nous qu'en pareil cas la seule opération raisonnable est la laparotomie, qui permet de se comporter suivant les circonstances. Dans le cas de péritonite, elle n'aurait, du reste, au pis-aller, que le mal d'être quelquefois inutile et pourrait même permettre de trouver et fermer une perforation guérissant ainsi le malade, comme cela a été fait par Mikulicz. (Voir Truc, du traitem. chirurg. de la péritonite. Th. agrég. 1886.)

3. M. Clado montre une vessie tuberculeuse. Le malade atteint de rétention d'urine est entré avec une fausse route et a succombé rapidement dans un état typhoïde. Les granulations et ulcérations tuberculeuses n'existaient que dans la vessie, surtout au bas-fond, peu au col. Les bacilles, que M. Clado n'a pas trouvés dans l'urine, existaient sur ces surfaces, ainsi que dans les produits de raclage de la muqueuse de l'uretère. Histologiquement le tubercule a débuté sous l'épithélium et non sous la muqueuse vésicale, comme cela est avancé par Boursier (Th. 86). Il y avait un abcès péri-uréthral et un abcès rénal volumineux contenant des microcoques, mais pas de bacilles.

M. Hartmann, dans les autopsies qu'il a faites, a plusieurs fois constaté, comme M. Clado, le début de la tuberculose par la muqueuse. Souvent on n'a que des lésions extrêmement superficielles, qu'on ne voit qu'en y mettant une certaine attention. A propos de la rétention d'urine du tuberculeux observé par M. Clado, il rappelle que la pathogénie de ces rétentions est quelquefois difficile à établir. Dans un cas qu'il vient d'observer récemment, la rétention survenue au cours d'une cystite tuberculeuse douloureuse était due à un spasme uréthral.

Séance du 8 octobre 1886.—Présidence de M. Cornil.

4. Enfoncement du thorax. — Hernie traumatique du poumon. Autopsie; par M. Alexandre, interne provisoire des hôpitaux.

Le sieur G. H.., couvreur, qui ne présente dans ses antécédents pathologiques aucun point important à noter, si ce n'est des habitudes d'alcoolisme invétérées, est frappé, le 27 août 1886, vers 7 heures du matin, par le timon d'une lourde voiture et est précipité à terre par la violence du choc. On l'amène, 2 heures après, à l'hôpital de la Pitié, où il entre dans le service de M. le professeur Verneuil, suppléé en ce moment par M. le Dr Kirmisson, qui l'examine aussitôt (salle Michon, n° 57). Le malade semble en proie à une oppression violente, il est très prostré mais répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Il existe sur le bord gauche du sternum et empiétant sur la partie moyenne de cet os, une tumeur du volume du poing, recouverte par la peau qui ne présente aucune modification. Cette tumeur s'étend en largeur de la ligne médiane du sternum à la ligne mamillaire, en largeur elle occupe le second et le troisième espace intercostal. Elle est crépitante au palper et à l'auscultation, sa sonorité est excessive, enfin *elle fait une saillie considérable pendant l'expiration* et surtout pendant les efforts. Au niveau de la tumeur, les côtes et les cartilages costaux sont enfoncés, on note, en outre, les signes d'une fracture transversale du sternum. Le malade a des quintes de toux peu fréquentes, extrêmement pénibles, à la suite desquelles il rend quelques crachats teintés et striés de sang.

A l'auscultation de la poitrine, rien à noter, la respiration s'entend dans toute son étendue normale. A la percussion, pas de modification de la sonorité. Rien au cœur. Par le cathétérisme, urine normale ne contenant pas trace de sang. Le malade présente, en outre, une plaie du cuir chevelu de peu d'importance.

On lui applique un bandage de corps avec un peloton de ouate au niveau de la tumeur pour la comprimer. La plaie du cuir chevelu est pansée avec des compresses imbibées d'eau phéniquée. On administre au malade 1 centigramme de chlorhydrate de morphine en injection sous-cutanée. *Le soir*, même état, autre injection d'un centigramme de morphine.

28 août. Etat analogue. Il s'est produit au niveau de la hernie pulmonaire une petite ecchymose Le poumon ne fait plus saillie comme hier ; on aperçoit à la place de la tuméfaction une vaste dépression. Au palper, crépitation fine, caractéristique de l'emphysème sous-cutané. Les battements du cœur sont normaux. Le pouls régulier est à 108. Respiration normale. Au niveau du point lésé la crépitation emphysémateuse se joint au murmure vésiculaire. Les crachats ne contiennent plus de sang. Même pansement. Injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine matin et soir Le soir, rien de spécial à noter. T. matin 36°,8 ; soir 38°,4.

29 août. L'état est toujours à peu près le même, rien de changé au point de vue local. Le malade est très oppressé, les respirations sont douloureuses, il ne peut cracher, il est très incommodé par la chaleur et se découvre à chaque instant; transpiration profuse; il présente une éruption miliaire très confluente, qui lui couvre tout le corps et surtout la face, le tronc et les membres inférieurs. Même traitement. T. matin 37°,4 ; soir 39°,4.

30 août. Pas de modification sensible dans l'état du malade, cependant la dyspnée est croissante. le malade à beaucoup de fièvre et est très abattu. Pas de modification dans son état local, toujours pas de crachats sanglants. T. 39°. soir 39°,8 même traitement.

Le 31 août. La dyspnée est toujours excessive, le malade est toujours abattu, très affaibli, il est légèrement subdélirant; à l'auscultation rien à noter. Du côté gauche, matité dans toute la hauteur du poumon gauche, en arrière

râles sibilants surtout pendant l'expiration ; obscurité très accentuée de la respiration à la base ; même état do l'éruption. 1° Potion : sirop de morphine et sirop de tolu, 30 grammes ; poudre d'ipéca. 0,20 centigrammes ; 2° Sulfate de quinine, 0,50 centigrammes matin et soir. Injection d'un centigramme de chlorydrate et de morphine matin et soir. T. matin 39°,2, soir 40°. La dyspnée et la faiblesse se sont encore accentuées et le malade succombe à une heure du matin.

Autopsie : pratiquée 55 heures après la mort. Le sujet est dans un état de putréfaction très avancé. Après avoir fait une incision sur la ligne médiane du sternum et en rabattant au dehors les deux lèvres de cette incision, on trouve à gauche, sous le grand pectoral intact une tumeur de la grosseur du poing, formée par la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, faisant issue par les solutions de continuité des côtes. Au niveau de cette hernie du poumon, on ne trouve rien de semblable à un sac herniaire. *L'orifice*, qui donne issue au poumon, présente une étendue de cinq travers de doigt dans sa plus grande longueur et de quatre dans sa plus grande largeur. *Il est limité, en bas* par la quatrième côte qui est enfoncée au niveau de l'articulation chondro-costale et fracturée un peu en arrière de la ligne axillaire ; *en dedans* par le bord du sternum qui est fracturé transversalement entre la 2e et la 3e côte, à six travers de doigt de son extrémité et fortement déjeté à gauche. *En dehors*, l'orifice est limité par la 3e côte, qui est désarticulée de son cartilage et refoulée derrière la 4e côte, passant ainsi derrière la languette pulmonaire herniée; et par la 2e côte, dont le fragment externe passe dessus et qui limite avec le fragment interne une fissure d'un travers de doigt par lequel passe aussi le parenchyme pulmonaire.

En haut par la 1re côte l'état des côtes est le suivant : *Du côté droit, la première* est détachée presque complètement de son articulation sternale, *la troisième côte* est fracturée au même niveau et présente en outre une fracture sans abandon des fragments à six travers de doigt en dehors.

Du côté gauche. La première côte est fracturée à deux travers de doigt de son articulation sternale, *la deuxième* a son cartilage luxé, mobile sur le sternum, lui adhérant encore, elle présente une fracture avec abandon des fragments ; à deux travers de doigt en dehors de cette insertion est une seconde fracture à quatre travers de doigt en dehors de la première. *La troisième côte*, le cartilage est libre, flottant, détaché à la fois do son insertion sternale et de son insertion costale, la côte est fracturée à sept travers de doigt en dehors. *La quatrième côte* offre un enfoncement de l'articulation chondro-costale et une fracture un peu en arrière de la ligne axillaire. *La cinquième et la septième côte* sont fracturées au niveau de la ligne axillaire. Rappelons, à propos de ces fractures celle du sternum avec déplacement, dont il a déjà été question.

Le poumon qui n'est que très peu congestionné présente sur son lobe supérieur au niveau de sa face antérieure 4 ou 5 érosions superficielles. Il existe dans la cavité pleurale un *épanchement* sanguin liquide, sans caillots, sans fausses membranes, de 2 litres environ. Rien au cœur ni au péricarde. Rien dans les autres organes.

Remarques. Il y a dans cette observation plusieurs faits intéressants. En premier lieu, il faut remarquer que ces fractures de côtes occupent trois lignes distinctes : la partie gauche du sternum, la ligne axillaire droite, la ligne axillaire gauche ; les fractures produites vers l'insertion sternale des côtes gauches ont eu lieu au point d'application de la force vulnérante, ce sont donc des fractures par cause directe. Au contraire, pour celles qui occupent les lignes axillaires, on peut invoquer le mécanisme suivant : l'instrument vulnérant, tout en produisant un enfoncement au niveau de son point d'appui, a comprimé d'avant en arrière la cage thoracique et produit ainsi des fractures aux deux extrémités des courbes ovalaires que forment les côtes articulées aux vertèbres et au sternum. Donc, fractures par cause directe et fractures par cause indirecte sur le même sujet.

En second lieu, nous trouvons ici les premières côtes droite et gauche cassées ; ainsi qu'on l'a fait bien souvent remarquer, ces fractures des premières côtes sont des plus rares ; ce fait s'explique à cause de leur brièveté, de leur volume, de leur aplatissement de haut en bas, circonstances qui augmentent leur résistance ; en outre, la première côte est protégée par la clavicule. Remarquons aussi que la hernie au poumon est très rare au niveau où elle a eu lieu ici ; on l'a observée surtout à la partie inférieure do la cage thoracique ; elle a lieu dans le plus grand nombre des cas, aux dépens du lobe inférieur et non du lobe supérieur comme chez notre malade. Les lésions presque nulles du poumon, se bornant à quelques légères érosions très superficielles, l'absence d'altération du cœur et de la séreuse ne sont pas moins intéressantes en présence de ces enfoncements de côtes multiples. Enfin, point important, chez notre malade, le poumon a fait hernie au travers des côtes fracturées, sans aucune plaie des téguments et nous avons recherché dans les mémoires de la Société anatomique, sans pouvoir trouver des faits présentant une analogie plus ou moins grande.

5. Enorme hernie gauche. — Eléphantiasis du scrotum. — Hernie de la vessie (inguinale droite) ; par P. Alexandre, interne provisoire des hôpitaux (1).

Le nommé B... Pierre, âgé de 65 ans, marchand de chevaux, entre à l'hôpital de la Pitié, le 30 août 1886, dans le service de M. le professeur Verneuil. (Suppléé par M. le docteur Kirmisson), salle Michon n° 29. Ce malade qui sauf l'affection qui l'amène à l'hôpital, ne présente aucun fait pathologique intéressant à signaler nous raconte que cette maladie date de 1846, époque à laquelle il reçut une violente contusion (coup de pied de cheval). A la suite de cette contusion il vit survenir une petite hernie du côté gauche à la région inguinale. Il maintint cette hernie au moyen d'un bandage pendant quelque temps, puis cessa d'en porter ; en somme cette hernie mal contenue finit par prendre des proportions considérables, à peu près la moitié du volume qu'elle présente actuellement.

Il y a trois mois, à la suite d'un accès de toux, étant assis, il sentit selon son expression *ses viscères descendre* dans son scrotum et la tumeur prit alors le volume qu'elle présente actuellement.

Le scrotum est énorme, il descend environ jusqu'à la partie supérieure des jambes, sa longueur est de 0m42, sa largeur est de 0m36 à la partie inférieure et n'est plus que de 0m29 à la partie supérieure. La verge est absolument disparue et n'est représentée que par l'orifice préputial situé manifestement à droite. La peau est le siège d'un énorme épaississement et présente l'aspect de l'éléphansiasis, elle est tout à fait irrégulière, et présente des saillies entre lesquelles on remarque des enfoncements, enfoncements qui correspondent à l'orifice des bulbes pileux. En arrière et en bas, la peau est verruqueuse et présente même par place de véritables varices lymphatiques ; le malade raconte qu'il s'est produit à différents moments des phlyctènes, qu'on les a percées et qu'il s'en est écoulé un liquide semblable à de l'eau claire. Il ajoute que, pour uriner, il est obligé de descendre l'orifice prépucial avec ses doigts. En examinant l'abdomen de ce malade, on remarque qu'il est profondément creusé en bateau et le peu de sonorité à la percussion indique la petite quantité de viscères qui occupent encore cette cavité. L'état général du patient est d'ailleurs des plus mauvais, il a de l'œdème des deux membres inférieurs, sa maigreur est extrême, son inappétence absolue ; il souffre beaucoup ; depuis longtemps il ne peut plus se mouvoir, il dort très peu, respire avec difficulté. A l'auscultation do la poitrine, on trouve les signes les plus nets d'emphysème ; les battements du

(1) Le moule de la pièce faisant l'objet de cette présentation a été offert au musée Dupuytren par M. le Dr Kirmisson.

cœur sont considérablement affaiblis. Rien à noter à l'examen chimique des urines.

1er septembre, le malade est dans un état de faiblesse extrême, il étouffe constamment, ne peut plus supporter la couverture, l'œdème de ses jambes s'est encore accru, il succombe le 2 septembre au matin.

Autopsie. Rien à noter à l'aspect extérieur du cadavre. Après avoir incisé la peau du scrotum qui est considérablement épaissie et infiltrée,—elle mesure en effet 7 centimètres en bas et 1 centimètre au niveau de la partie supérieure, est dure, crie sous le scalpel, — on voit s'écouler 1 litre environ d'un liquide séreux très légèrement louche et on se trouve en présence d'une quantité considérable d'anses intestinales. La verge est comprise tout entière dans les tuniques scrotales. Le canal inguinal, par lequel les viscères contenus dans la hernie communiquent avec ceux qui résident encore dans l'abdomen est transformé en un anneau d'un travers de doigt de largeur et assez dilaté pour que le poing y passe avec facilité. Cette hernie contient en allant d'avant en arrière : 0m35 de côlon ascendant qui se continue en bas avec l'intestin grêle au niveau du cæcum contenu lui aussi dans la hernie et à côté 0m30 de côlon descendant; puis une partie égale de gros intestin faisant suite au côlon descendant et allant remonter dans l'abdomen pour se continuer avec le rectum qui a conservé sa place normale dans la cavité pelvienne. Entre ses deux dernières portions d'intestin, côlon descendant et gros intestin montant dans sa cavité pelvienne, on constate la présence de 5m30 d'intestin grêle avec son mésentère qui est épaissi et fibreux. De toutes les parties contenues dans la hernie partent pour aller s'insérer à la paroi des adhérences très épaisses, les unes en lamelles d'un demi-centimètre d'épaisseur et d'une largeur de plusieurs centimètres (jusqu'à 10), les autres coniques à base dirigée tantôt vers la peau tantôt vers l'anse intestinale Les adhérences sont extrêmement résistantes, fibreuses et contiennent des vaisseaux dont quelques-uns sont très volumineux. Le testicule gauche qui paraît normal est situé en bas et en arrière de la hernie, la tunique albuginée est très épaissie ainsi que la vaginale qui est triplée de volume.

Dans la loge droite du scrotum la vessie fait hernie au dépens de sa face antérieure par l'orifice inguinal. Le testicule répond au tissu supérieur de la loge.

Dans la cavité abdominale on ne trouve à leur place habituelle que le foie un peu stéatosé (poids 1.500 grammes); les reins qui ne sont pas déplacés sont légèrement congestionnés.

L'estomac qui est très distendu surtout dans son diamètre transversal est obliquement dirigé de haut en bas et de gauche à droite et occupe l'espace compris entre la huitième côte gauche et l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit. A l'orifice pylorique fait suite le duodénum encadrant le pancréas avec une portion d'intestin grêle, il est dirigé transversalement dans le bassin à la limite supérieure de celui-ci, et se continue avec les circonvolutions contenues dans la hernie. En avant de cet organe, on trouve l'arc du côlon transverse, qui est diminué d'étendue, extrêmement courbé (à concavité inférieure) et se continuant par ses deux extrémités avec les côlons contenus dans le sac. Le diaphragme est considérablement abaissé. Les poumons sont très emphysémateux On note une dilatation très marquée du cœur droit et de son orifice auriculo-ventriculaire ; la couleur un peu jaunâtre de son tissu dénote un certain degré de dégénération graisseuse.

Remarques. Cette observation présente quelques points intéressants. En premier lieu citons le volume considérable de cette hernie inguinale. On a déjà noté des cas semblables, il est vrai, mais ils constituent encore des exceptions. En second lieu, les lésions de la peau sont ici fort remarquables, l'aspect en est celui de l'éléphantiasis des pays chauds, cependant notre sujet ne les avait jamais habités ; c'est donc ici à un trouble trophique spécial, que nous avons affaire ; mais à un trouble trophique simulant à s'y méprendre l'éléphantiasis des arabes, comme aspect et comme consistance. Il est intéressant aussi de remarquer combien fonctionnaient relativement bien tous ces organes digestifs, déplacés, changés de rapports, adhérents solidement aux parois scrotales, puisque, ainsi que le témoignent la nature de ces adhérences et le dire du malade la plupart de ces lésions dataient de plusieurs années et il faut ajouter que le malade aurait probablement vécu beaucoup plus longtemps s'il n'avait été atteint en outre de lésions du côté de son cœur et de son poumon. Enfin, ce sujet présentait une hernie vésicale (occupant la loge scrotale droite) et cette lésion notée un assez grand nombre de fois n'en constitue pas moins une variété rare de hernie inguinale.

6. Gangrène pulmonaire déterminée par une perforation œsophagienne consécutive au ramollissement et à l'élimination d'un ganglion bronchique; par le Dr Netter, chef de clinique à la Pitié.

L..., âgé de 84 ans, entre le 15 septembre dans le service de M. le professeur Jaccoud à la Pitié. Il se plaint d'un peu d'oppression et de crachements de sang. Ceux-ci, peu abondants, sont constitués par du sang assez foncé et visqueux. Le malade accuse une légère douleur du côté gauche. L'exploration du cœur, des poumons ne dénote aucune anomalie appréciable. Le diagnostic auquel il paraît qu'on doive s'arrêter est celui d'apoplexie pulmonaire liée à une affection du muscle cardiaque. Les jours suivants, les crachats conservent toujours le caractère hémoptoïque.

Le 26 septembre, crachement de sang plus abondant. Pour la première fois, l'expectoration a une odeur fétide. Les jours suivants, crachats noirs, d'odeur gangréneuse. Diminution progressive du pus. Mort le 30.

Autopsie. — Nous constatons, du côté gauche, sur le tiers inférieur un épanchement noir très fétide, diffluent. Exsudat mince, jaunâtre sur les deux feuillets de la plèvre à ce niveau. Dans le lobe inférieur gauche, près du bord postérieur, cavité du volume du poing, communiquant avec le foyer pleural. Les bords de cette caverne sont irréguliers. Tout autour, le parenchyme pulmonaire est condensé dans une épaisseur de 3 à 4 cent. Il présente une surface de coupe noire parsemée de taches jaunes plus molles, purulentes. Dans la cavité on trouve une masse solide, du volume d'une mandarine, formée par un caillot

En ouvrant l'œsophage, on trouve à sa partie moyenne un orifice presque linéaire, ayant un centimètre de haut s'ouvrant sur la face antérieure, à bords noirâtres. Cet orifice conduit dans une cavité, grosse comme un œuf de pigeon, assez régulière, dans laquelle flotte un petit séquestre gros comme une amande. Cette cavité répond à la situation d'un ganglion bronchique. Le séquestre libre est un reste de ce ganglion comme le prouve sa consistance feutrée et la présence de particules pierreuses. A la partie inférieure de la cavité on sent un corps dur, calcul noirâtre. Tous les ganglions bronchiques sont noirs, infiltrés de particules charbonneuses, traversés de noyaux fibreux ou calcaires. Au sommet des deux poumons, induration également anthracosique. Quelques dépressions cicatriciolles et quelques petites cavités. Dilatation générale, mais modérée des ganglions bronchiques. Rien d'anormal du côté des autres organes.

L'interprétation qui convient à ce cas nous paraît peu douteuse. Un foyer ganglionnaire s'est ouvert dans l'œsophage. Grâce à l'orifice de communication, il y a eu facile abord au milieu du parenchyme pulmonaire, de particules alimentaires et de matériaux divers capables d'amener la gangrène.

M. Chantemesse a présenté il y a trois mois un cas tout à fait semblable dans lequel c'était une gomme ganglionnaire qui avait perforé l'œsophage.

M. Cornil. Dans les cas de ce genre, fistules ou diverticules œsophagiens, dus à l'adhérence d'un ganglion enflammé, un point reste encore douteux. Les auteurs qui

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DECEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1886 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et pendant les trois premiers mois de l'année 1887 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol in-8 de 65 pages avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . 80 c.

LELOIR (H.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.** 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches en chromo-lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . 2 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes** Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Réduit à. . . . . 1 fr. 60.

MIOT (C.) **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à . . . . 1 fr. 40

MIOT (C.). **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte, Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . 60 c.

PATHAULT (L.) **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire,** recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Réduit à 4 fr. 8.

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8° de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . 2 fr.

REGNARD (P.). **Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.** Un fort volume in-8 de 394 pages, enrichi de 100 gravures dans le texte. — Paris, 1879. — Prix : 10 fr. — Réduit à 4 fr.

TEINTURIER (E.). **Les Skoptzy,** étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à . 60 c.

VILLARD (F.). **De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation du langage articulé,** par le Dr BATMAN, traduit de l'anglais par F. Villard. Un volume in-8 de 128 pages. Paris, 1870. Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . . . 80 c.

L'Année médicale (8e année, 1885); résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Paris, Plon, éditeur.

Il est difficile d'analyser un ouvrage de ce genre. La littérature médicale a pris aujourd'hui de telles proportions que tout effort pour choisir et abréger les articles les plus importants parus dans une année entière, exige un grand jugement et une grande impartialité. Il est indubitable que, dans les publications de ce genre, on trouve en général quelques omissions Il est difficile qu'il en soit autrement. C'est ainsi que, dans le livre en question, on a oublié de parler du travail de Mlle Ewald sur la physiologie de la digestion et celui de M. Buzzard sur la névrite périphérique ; quoiqu'il en soit, les matières sont bien arrangées et un index ajoute à la valeur de ce livre, digne de référence (*The New York médical journal,* décembre 1886.)

s'en sont occupés, Reckinghausen. Zahn et Eternod entre autres, accusent uniquement l'anthracosis. Il y aurait à rechercher si ce n'est pas plutôt la tuberculose qui est ici en cause.

M. Netter n'a pas trouvé de bacilles à un examen superficiel, mais il penche pour la nature tuberculeuse de la lésion en raison de la couleur blanche des concrétions et de la coexistence de tubercules manifestes aux sommets.

7. M. Verchère rapporte le cas d'un homme entré il y a 15 jours dans le service de M. Verneuil pour une *hernie inguinale étranglée.* En l'opérant, on ne put réduire l'intestin et, malgré le débridement de l'anneau, les signes d'occlusion persistèrent. Dans ces conditions, M. Verchère pratiqua la résection de l'anse herniée et établit un anus contre nature. La pièce qu'il présente montre que l'impossibilité de la réduction tenait à la présence dans le mésentère, au contact de l'intestin, de deux tumeurs grosses comme des amandes vertes, qui semblent être de véritables hématomes. Dans les tuniques de l'intestin il y a en outre de nombreux épanchements sanguins. Le malade est en voie de guérison.

M. Cornil demande un examen histologique qui montrera si les tumeurs en question ne sont pas, en partie du moins, constituées par des ganglions ou par du tissu inflammatoire.

8. M. Hartmann présente un énorme *fibro-sarcome de la paroi abdominale* enlevé à une femme de 27 ans qui a eu trois grossesses normales. La dernière s'est terminée il y a six semaines et c'est à la suite de sa délivrance que la tumeur, petite auparavant, a pris ce grand accroissement. On dut pendant l'opération réséquer une étendue du péritoine grande comme la main à cause de l'adhérence intime de la tumeur. Celle-ci n'était pas refoulée en arrière par la contraction des muscles de l'abdomen, parce que ces muscles, et en particulier les grands droits, étaient détruits, remplacés par le néoplasme dans leur partie inférieure(1).

M. Lubet-Barbon a fait l'examen histologique de plusieurs fragments de la pièce et a trouvé qu'il s'agit d'un fibro-sarcome.

M. Cornil trouve, en effet, sur les préparations qui sont présentées de gros faisceaux de tissu conjonctif adulte et des vaisseaux à parois complètes au milieu d'élément sarcomateux. C'est donc bien un fibro-sarcome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 *décembre* 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Guyot présente un malade à propos duquel il demande l'avis de la Société. Cet homme, qui n'avait jamais eu aucun accident morbide, commença à présenter en 1881 quelques troubles dyspeptiques. En 1884, il éprouva des douleurs dans l'hypocondre droit et en 1885 apparut dans cette région une tumeur dont, par la ponction, on ne put retirer que quelques gouttes de sang. Actuellement le foie est énorme, descend jusqu'à l'ombilic. Vers la ligne blanche on trouve un petit noyau probablement sous-cutané.

M. Féréol lit un rapport sur le mémoire envoyé par M. Glénard et qui traite du déplacement des divers viscères de l'abdomen, estomac, côlon, reins, etc. (*gasteroptose, enteroptose,* etc.); ce déplacement est considéré par l'auteur comme étant la cause des divers états connus sous le nom de *neurasthénie, nervosisme, cachexie cérébro-spinale,* etc. Partant de cette donnée pathogénique, M. Glénard conseille, tout en instituant un traitement tonique et hydrothérapique, de faire porter aux malades une ceinture abdominale spéciale avec pelotes, destinée à relever fortement les viscères procidents. Ce moyen produirait un soulagement immédiat et serait le principal facteur de la guérison. M. Féréol, après avoir rendu hommage à l'ingéniosité et au talent de M. Glénard, fait remarquer que cette chute des viscères ne doit pas être le facteur causal unique de la maladie puisqu'on observe bien souvent des femmes ayant une éventration presque complète, ou bien le prolapsus pariéto-viscéral décrit par Guéniot, en 1885, et qui ne présentent jamais de troubles dyspeptiques ou nerveux.

M. Debove, se basant sur un grand nombre d'observations personnelles, signale la disparition de l'acide chlorhydrique de l'estomac pendant la digestion, comme étant un très bon et très précoce signe de cancer de l'estomac. Il présente un malade qui au début de cette année a éprouvé quelques troubles digestifs. En août, les douleurs gastriques ayant augmenté, il entra à l'hôpital. Il n'avait pas l'aspect cachectique. Dès ce moment on ne trouvait dans son estomac que de l'acide lactique et jamais d'acide chlorhydrique. Il y a un mois on observa un empâtement de la région épigastrique qui augmenta progressivement et présente aujourd'hui le volume d'un œuf. Il n'y a donc pas d'erreur possible. Dans ce cas le signe chimique a de longtemps précédé les signes exclusivement cliniques. Pour faire cette recherche, M. Debove retire de l'estomac pendant la digestion, au moyen de la sonde, une certaine quantité de matière; il y fait la recherche de l'acide chlorhydrique au moyen du violet de gentiane au 5 millième ou bien avec l'oranger Poirier; et il décèle l'acide lactique avec le perchlorure de fer seul ou bien additionné d'acide phénique. M. Debove engage les membres de la Société à faire des recherches analogues.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 *décembre* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Schwartz dépose sur le bureau une observation de *plaie du nerf médian avec suture du nerf;* il insiste sur l'absence de retour de la sensibilité dans le domaine du nerf coupé immédiatement après la suture.

M. Périer lit un rapport sur deux observations envoyées à la société par M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). 1° *Déchirure du col à droite, opération d'Emet, guérison* : femme de 28 ans, 2 accouchements laborieux; après le dernier, douleurs dans le ventre, leucorrhée; col fendu à droite, lèvres épaisses et enroulées en ectropion. Opération: avivement du col au ciseau. Suture des parties avivées par fil d'argent. Pansement intra-vaginal à l'ouate iodoformée. On retire les fils le 10e jour, réunion parfaite. La guérison se maintient; trois mois après l'opération, plus de leucorrhée ni de douleurs. M. Houzel recommande vivement cette opération. — 2° *Hernie scrotale gauche étranglée; cure radicale, guérison.* Etranglement à phénomènes très aigus. Opération: dissection, ligature du sac en masse, puis énucléation du sac. Cicatrisation rapide.— M. Périer préfère lier le goulot du sac au moyen de la ligature en chaîne, à chaînons assez nombreux et conserve souvent le sac.

M. Richelot lit un rapport sur une opération, envoyée par M. Röhmer (Nancy), d'*hystérectomie vaginale suivie de mort pour cancer de l'utérus.* Le rapporteur discute la façon dont il faut pratiquer les incisions au pourtour du col pour le dégager plus facilement en faisant le moins de dégâts possibles. Il faut enlever souvent une partie notable du vagin en même temps. Il recommande contre les hémorrhagies l'usage des pinces à demeure.

M. Pozzi fait remarquer que l'ablation d'une partie du vagin est faite journellement en Allemagne, par Schrœder entre autres.

M. Bouilly pense que la récidive du cancer se fait rapidement, malgré l'opération, si le vagin est déjà envahi, et qu'elle se fait dans la cicatrice. Il regarde l'envahissement du vagin comme une contre-indication opératoire.

M. Richelot a voulu parler de l'ablation préventive d'une partie du vagin paraissant saine, dans le but de prévenir la répullulation en ce point.

M. Kirmisson lit un rapport sur trois observations envoyées par M. Heydenreich (Nancy); ce sont trois cas d'*occlusion intestinale traités par des méthodes différentes et suivis de guérison.* Dans un cas (obstruction dans le flanc droit de nature non déterminée) il fit l'*entérotomie* de Nélaton à gauche; une demi-heure après l'opération, les matières fécales sortaient par

(1) L'observation sera publiée *in extenso* dans les *Annales de Gynécologie*, Nov. 1886.

l'anus artificiel. M. Kirmisson l'aurait fait à droite. — Dans un autre cas d'occlusion par bride épiploïque chez un homme de 22 ans atteint de hernie inguinale droite, il a fait la *laparotomie* médiane et a sectionné la bride; accidents postopératoires divers, mais guérison comme dans le premier cas. 3e cas : Occlusion intestinale; traitement par l'*électricité*. Guérison aussi.

M. Trélat appuie les idées soutenues par M. Kirmisson, à savoir que laparotomie et entérotomie doivent être des opérations non pas rivales mais complémentaires pour l'occlusion intestinale. Elles ont des indications différentes.

M. Delens lit un rapport sur une très intéressante observation de M. Rolland (de Mont-de-Marsan), intitulée : *Hémorrhagie traumatique dans le globe de l'œil; ophthalmotomie post. de Galezowski; guérison.* Enfant de 12 ans, blessé le 9 juillet 1886; contusion de l'œil par déflagration d'un pétard. Ecchymoses sous-conjonctivale et palpébrale. Perte *complète* de la vision. Diagnostic : Hémorrhagie traumatique de l'œil. Pendant 2 mois, le traitement employé ne donna *aucun* résultat. Le 25 août, opération : incision avec précautions antiseptiques entre les muscles droit externe et droit supérieur, à 5 millim. du cercle ciliaire. L'instrument pénètre dans le corps vitré et on voit sourdre du liquide sanguinolent. Le lendemain le malade peut compter ses doigts, et 15 jours après lire très bien. Champ visuel un peu rétréci en bas; pas de scotome. Après 3 mois, succès complet et indéniable. Désormais on doit donc intervenir ainsi dans des cas analogues. On emploiera pour cette opération un couteau de de Grœfe ou même un bistouri ordinaire. M. Galezowski n'a fait l'ophthalmotomie postérieure que pour des cas d'hémorrhagies diathésiques, pathologiques du globe de l'œil. C'est la première fois qu'on fait cette opération pour une hémorrhagie traumatique.

M. Trélat complète l'observation de *plaie pénétrante de l'abdomen par balle de révolver*, dont M. Pozzi a entretenu récemment la Société. L'autopsie médico-légale pratiquée par M. Descouts a montré que le petit malade n'était mort ni de péritonite, ni de perforation (résultat très encourageant), mais d'occlusion intestinale par rétrécissement de l'intestin consécutif à une résection partielle des parois intestinales. Toutes les sutures ont très bien tenu, toutes les plaies avaient été bien obturées. Il insiste sur la suture bout à bout de l'intestin, après résection totale des parois dans les points très atteints, pour ne pas rétrécir trop le calibre du tube digestif.

M. Pozzi pense que la mort est plutôt due, dans ce cas, à l'absorption des matières toxiques dans un intestin paralysé. (Septicémie d'origine intestinale.)

M. Le Dentu a observé plusieurs cas de plaies de l'abdomen avec plaies de l'intestin. Il a vu les malades mourir de péritonite après quatre ou cinq jours. — Il désire faire part en outre à la Société de deux observations de *plaie pénétrante de l'abdomen sans blessure de l'intestin,* faits assez rares. Il a fait l'autopsie de ces deux malades (l'un est mort de plaie d'une artère du mésentère). — Pour les plaies de l'intestin par armes à feu, il est de l'avis de M. Trélat, c'est-à-dire croit la laparotomie indiquée dès qu'il y a des signes de péritonite. Il a perdu, après laparotomie, un malade atteint de plaie de l'intestin par corps étranger, sans pouvoir rapporter la mort à autre chose qu'à des influences nerveuses; il n'y avait pas de péritonite. Les faits de ce genre sont un peu décourageants, car on ne connaît pas le mécanisme de la mort.

M. M. Sée rapporte un fait de plaie pénétrante de l'abdomen avec plaie de la vessie sans blessure de l'intestin.

La Société se forme en comité secret. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 *décembre* 1886. — Présidence de M. Limousin.

M. Limousin demande s'il n'y aurait pas avantage (dans la méthode de M. Bergeron) à se servir d'une sorte de canule à double courant qui permettrait de laisser sortir une partie du gaz lorsque le rectum serait trop distendu.

M. C. Paul répond qu'on est très mal fixé sur la technique de cette opération. On doit éviter de faire pénétrer de l'air, introduire la canule à 4 à 6 centimètres de profondeur et ne pas injecter plus de 50 à 60 c. c. de gaz à la fois dans le rectum. Jamais il n'en injecte plus d'un litre à chaque séance. C'est à l'eau de Challes qu'il donne la préférence pour sulfurer le liquide ; l'eau d'Enghien (source du lac) peut être également employée.

M. Limousin repousse l'emploi du siphon qui donne une trop forte pression : enfin, il est nécessaire de préparer à chaque fois le gaz, car il peut pénétrer de l'air dans les ballons de caoutchouc, à travers leurs parois. Il est en outre surpris de voir préférer les eaux sulfureuses naturelles aux solutions susceptibles de donner la quantité d'acide sulfhydrique nécessaire.

M. Dujardin-Beaumetz se sert d'une solution artificielle de sulfure de sodium additionnée d'acide salicylique et d'acide tartrique. Après expérimentation, il n'emploie plus que l'hydrogène sulfuré et le terpinol. Ces deux corps lui ont donné de bons résultats dans le traitement des catarrhes chroniques. Le succès est beaucoup moins marqué dans la tuberculose pulmonaire. Enfin, les malades réclament sans cesse des médicaments, car ils ne considèrent pas ces injections gazeuses comme un traitement. Si l'on veut juger complètement des propriétés de la méthode, il est nécessaire de ne pas leur en donner.

M. Dupont rappelle qu'au siècle dernier on a employé en Angleterre les lavements d'acide carbonique dans le traitement de la phtisie. Mais pourquoi user de la voie rectale alors que les inhalations semblent parfaitement suffisantes.

M. C. Paul fait remarquer qu'il s'agit ici d'un nouveau mode de traitement qu'il est nécessaire de comparer aux inhalations depuis très longtemps employées et qui sont trop souvent inefficaces dans le traitement de la phtisie en particulier.

M. Sanné lit son rapport sur les candidatures aux places vacantes. Gilles de la Tourette.

REVUE DE CHIRURGIE

I. **Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate avec résection de la clavicule dans les cas d'arrachement du membre supérieur** ; par le Dr Henri Trévelot, 1885.

II **Du mal perforant** ; par le Dr Fauchon-Courty. Thèse, 1885.— Paris, Asselin et Houzeau.

III. **Fracture communicative de la jambe droite compliquée de plaie, hémorrhagie, érysipèle, emphysème, phlyctème, abcès, esquilles chez un ataxique consolidée en 47 jours par l'application de la boîte-gouttière à suspension** ; par le Dr Philippe (Extrait de la *Gazette des hôpitaux*, 24 et 29 septembre 1885).

I. L'amputation totale du membre supérieur, y compris l'omoplate et la clavicule, est pratiquée dans deux cas bien différents : les tumeurs de l'épaule et les traumatismes. M. de Langenhagen a étudié (thèse 1883) cette opération dans les cas des tumeurs ; M. Trévelot, dans un travail plus récent (1885) nous parle de ces indications dans les traumatismes. C'est à propos d'un blessé observé dans le service de M. Lucas-Championnière qu'il eut l'idée de faire quelques recherches à ce sujet. Il a pu réunir neuf observations sur lesquelles il y a sept arrachements incomplets du membre et deux blessures par arme à feu. Sur ces neuf blessés, six ont guéri et, pour trois d'entre eux, M. Trévelot nous fournit des figures donnant une bonne idée de la cicatrice et nous montrant même chez l'un d'eux le mode d'application d'un appareil prothétique. — Ces résultats donnent lieu de croire que si l'amputation en question est bien plus rarement indiquée dans les traumatismes que dans les tumeurs, il est cependant des circonstances où, en cas de délabrement considérable de l'épaule, elle peut rendre de très grands services. Ainsi que M. Trévelot le fait remarquer, les chirurgiens en agissant ainsi ne font qu'imiter ce qui se produit spontanément dans les arrachements complets du membre qui souvent guérissent et donnent une bonne cicatrice malgré l'énorme plaie produite par le traumatisme. Dans un dernier chapitre, M. Trévelot touche à quelques points intéressants de médecine opératoire ; la ligature des vaisseaux sous-claviers, parfois difficile à faire au début, sera facilitée par la section préalable de la clavicule (Championnière) ; il parait bon de

conserver, quand cela est possible, une lame osseuse au niveau du bord postérieur de l'omoplate, afin de laisser intactes les insertions du grand dentelé qui forment une protection efficace contre les fusées purulentes (Parise). Enfin, il est inutile de dire que l'antisepsie et le drainage doivent être convenablement appliqués.

II. Dans cette courte monographie du mal perforant, l'auteur, tout en reconnaissant que cette affection peut survenir quelquefois en dehors de toute lésion nerveuse, pense néanmoins que dans l'immense majorité des cas elle est sous la dépendance de troubles du système nerveux, ce qui est d'ailleurs la théorie à peu près universellement acceptée aujourd'hui. Dans l'historique qui est le chapitre le plus intéressant de ce travail, il passe en revue les différentes affections du système nerveux central et périphérique qui peuvent donner lieu au mal perforant et il essaie de démontrer que toutes ces affections le produisent en déterminant préalablement une névrite dégénérative descendante à la fois parenchymateuse et interstitielle, caractérisée par la prolifération de la gaine conjonctive et la segmentation de la myéline en blocs et granulations, bref une névrite présentant tous les caractères de la dégénérescence wallérienne. Dans les traumatismes directs des nerfs (contusion, compression, résection, injection interstitielle), le mal perforant viendrait non par suppression de l'action nerveuse (Schnœder, Van der Kolk), mais par névrite dégénérative (Charcot). Dans l'ataxie locomotrice, le mal perforant ne serait pas dû à la sclérose des racines postérieures, mais bien à ces névrites précoces signalées par Leyden et décrites par Pierret et Déjerine, ce qui expliquerait pourquoi cette complication paraît souvent avant l'apparition des premiers symptômes du tabès. Dans la paralysie générale, le diabète, l'alcoolisme, il n'y a non plus aucune difficulté à admettre la névrite comme cause du mal plantaire. Dans l'atrophie musculaire progressive, l'existence d'une névrite descendante est plus difficile à comprendre, à moins que, suivant l'hypothèse de l'auteur, on n'admette qu'il y ait là propagation de la sclérose et de l'atrophie aux racines postérieures et névrite descendante secondaire, ce qui est à démontrer.

III. L'auteur pense que dans ce cas, remarquable par le nombre des complications qui sont survenues, la guérison a été obtenue grâce à la boîte-gouttière à suspension qu'il a imaginée et qu'il a employée déjà 72 fois. G. M.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

23 décembre 1886.

Monsieur le rédacteur en chef,

I. Les recherches les plus importantes dont on parle en ce moment dans les Sociétés médicales de Berlin sont celles du professeur Liebreich, qui, il y a un an à peine, a enrichi la pharmacopée d'une graisse nouvelle, la lanoline. Ces nouvelles recherches de Liebreich sont, cette fois, d'ordre purement chimique, mais n'en intéressent pas moins le monde médical. Ce professeur a constaté que dans les réactions chimiques qui ne se produisent, dans certains liquides, qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long, une fois le mélange des réactifs effectué, ces réactions ne se montrent pas dans tout le liquide ; il reste dans certaines places du liquide un espace où les réactions ne se font pas : c'est le *point mort* (todter Raum). Ce phénomène n'est point spécial à un mélange déterminé, car il l'a constaté avec plusieurs réactifs. Que l'on mélange de l'acide sulfurique ou iodique à de l'amidon, de l'hydrate de chloral à du carbonate de soude, ou du chlorure d'or avec de la lessive de soude et du sucre, toujours on trouvera un point mort, qui n'est pas toujours semblable à lui-même, mais varie avec la forme des vases qui contiennent les réactifs. Avec des tubes étroits, le point mort se trouve en haut; si les tubes sont encore plus étroits, la réaction elle-même ne se fait pas. Si l'on verse le liquide dans un vase clos à parois rigides, il n'y a pas de point mort, mais si les parois sont membraneuses, on observera des points morts. Ainsi, dans une vessie de lapin préparée à cet effet, le point mort sera double ; en haut et en bas, la réaction se fera au centre et simulera un jaune d'œuf. Si l'on prend un intestin sur lequel on passe des anneaux pour le séparer en une série de petits compartiments, et si l'on y verse un des liquides susdits, on verra la réaction se produire au milieu de chaque compartiment, tandis qu'en haut et en bas se fait un point mort. Si l'on se souvient que ce point dépend de la grandeur des vases et que dans de tout petits vases les réactions mêmes sont supprimées, il faut admettre que, pour chaque réaction chimique, existent des circonstances capables d'enrayer cette réaction. L'espace où se font les réactions a donc une influence sur celles-ci ; aussi cette observation a-t-elle une grande importance pour la chimie biologique. On ne pourra dorénavant plus se contenter, pour étudier l'action de certains médicaments, de leur constitution chimique ; il ne faudra pas oublier de voir comment réagissent ces médicaments dans des espaces variés, volumineux ou capillaires.

II. On ne s'intéresse pas moins ici aux recherches du professeur Leo, relatives au *sucre et à la glycosurie* : elles nous apprennent à être prudents dans l'évaluation de la quantité de sucre contenue dans une urine. Le professeur Scheibler, connu pour ses recherches sur le sucre, a constaté qu'un liquide où le sucre a été dosé avec le réactif de Trommer donnera, au polarimètre, un autre chiffre. Comme, dans le commerce, on juge de la valeur d'un sucre par son degré au polarimètre, la question est d'une importance capitale. Scheibler a réussi à isoler une substance qui dévie le plan de polarisation plus fortement que le sucre de raisin. Les recherches de Leo arrivent au même but, quoique faites dans un autre domaine. Leo a examiné une grande quantité de diabétiques, et cela chaque fois avec trois méthodes différentes, une fois avec la méthode de Trommer (solution cuprique alcaline), une autre fois par la méthode de fermentation et enfin par le polarimètre. Dans beaucoup de cas, il y a eu concordance dans les résultats, mais souvent aussi il y a eu des écarts sensibles. Il a réussi à isoler une substance dont la formule chimique correspond à celle du sucre de raisin, c'est aussi un carbure d'hydrogène, mais qui diffère passablement du sucre de raisin, car elle dévie à gauche le plan de polarisation. Le pouvoir réducteur de cette substance est à celle du sucre de raisin comme 1 est à 2,48. M. Leo a trouvé cette substance dans 3 urines diabétiques, mais pas dans un grand nombre d'urines normales. Cette substance ne naît donc pas en dehors de l'organisme ; c'est une substance pathologique sans doute produite par une altération dans le processus des échanges nutritifs.

L'hypothèse de Jacques Meyer (de Carlsbad) qui suppose que cette substance est en relation avec l'obésité, n'a pas de fondement car il n'y avait qu'un seul obèse dans les trois malades observés.

III. Dans ces derniers temps on a beaucoup parlé des *arthropathies des ataxiques*. Tous les cas connus jusqu'à ce jour se rattachaient à des troubles articulaires des extrémités ; mais, en ces derniers temps, M. Krœnig a prouvé que le tabès peut aussi engendrer des arthrites de la colonne vertébrale. M. Krœnig a parlé de 3 malades qui souffrent depuis longtemps de tabès et présentent des phénomènes ataxiques plus ou moins accusés. Tous trois furent atteints de fracture de la colonne vertébrale à la suite d'un traumatisme léger, certainement insuffisant pour produire un pareil effet nocif sur des corps de vertèbres sains. Il faut donc admettre que le tabès prédispose à des affections vertébrales, les os devenant si fragiles qu'ils ne résistent plus au moindre choc. M. Krœnig a eu conséquence eu l'idée de soigner les malades de ce genre, et même ceux dont les vertèbres n'étaient pas encore malades, par l'orthopédie.

Le Pr Leyden et M. Buly défendirent cette idée avec chaleur. Le premier raconta que, dans un cas de tabès et dans un autre de paralysie spasmodique, il a vu appliquer des corsets destinés à suppléer à la faiblesse des jambes. Si la myélite remonte assez haut pour que les muscles du tronc soient atteints, il est fort avantageux de transformer le tronc en une tige rigide, les muscles n'ont plus de fatigue à supporter et le malade sera plus libre de diriger ses membres inférieurs. M. Buly a émis l'opinion que des corsets de ce genre ne devaient pas seule-

ment être employés dans des cas de ce genre, présentant déjà des affections vertébrales, mais qu'il faudrait les utiliser déjà à prévenir le développement de ces affections. Le corset a pour but de comprimer ce tronc tout entier et de soutenir par de fortes tiges la colonne vertébrale. Il est fort important que ces tiges n'exercent pas de pression sur les points où les os sont recouverts par la peau seule.

IV. Parmi les médicaments qu'on préconise contre la fièvre typhoïde, il faut tenir compte du dernier venu d'entre eux, car il est recommandé par un médecin éminent. Le Dr Ehrlich, assistant du Pr Gerhardt, a voulu expérimentalement étudier comment se distribue la *thalline dans l'organisme*. Dans ce but il a utilisé la réaction obtenue avec le bichlorure de mercure en présence de la thalline unie au perchlorure de fer ; la solution mercurique prend une teinte verte. Il a ainsi prouvé que le système nerveux central ne contient pas de thalline, celle-ci s'accumule surtout dans le tissu adipeux. Pour voir si l'on peut donner de fortes doses de thalline, l'orateur a fait des expériences sur des animaux. Avec un gramme à l'intérieur, pas de mauvais résultats chez le lapin, mais il a réussi à empoisonner les animaux avec des doses de 2 à 3 grammes. Les lésions observées à l'autopsie sont de la stéatose, des nécroses et des néphrites. La stéatose se montre dans le rein, la nécrose dans la glande salivaire et le pancréas ; les reins enfin présentaient des infarctus hémorrhagiques des papilles. Pour le traitement de la fièvre typhoïde par la thalline, l'auteur a suivi deux méthodes : d'un côté, il employa 0 gr. 06 par heure et est redescendu chaque jour jusqu'à un minimum ; cette méthode n'a pas donné de bons résultats car il n'y a pas eu diminution dans la durée de l'affection. L'autre méthode consiste à commencer avec des doses minimes pour monter peu à peu à la dose efficace, qu'on continue pendant tout le traitement. La thalline agit surtout sur le sensorium et l'état général du patient, qui a l'air en convalescence, sans stupeur, mais l'hypertrophie de la rate et la roséole ne disparaissent pas, et si l'on supprime la thalline, la température remonte de suite. Voici les résultats obtenus dans 70 cas. Parmi eux, 28 furent soignés par les bains froids, et ils restèrent 37 jours à l'hôpital. Ceux soignés par la thalline, par la première méthode (7 cas), furent traités pendant 47 jours. Les cas soignés par la seconde méthode ne restèrent que 38 jours à l'hôpital. Les avantages de la thalline sont le bon effet sur l'état général du patient, car il ne s'aperçoit pas qu'il est malade. L'intestin supporte bien la thalline : on n'a observé ni hémorrhagies ni perforations ; les inconvénients consistent en hypérémies et œdèmes. On ne sait encore de quelle façon la thalline agit. Les bacilles ne sont pas influencés par elle, mais l'orateur pense que les ulcérations intestinales sont arrêtées dans leur croissance. L'orateur pense que la thalline peut se mesurer, comme efficacité, avec la méthode des bains froids.

Veuillez agréer, etc. Léopold Casper.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies vénériennes ; par le Dr Louis Jullien, 2e édition. Paris, J.-B. Baillière, 1886,

Ce livre dont nous venons de parcourir la seconde édition est certainement l'ouvrage le plus complet et le plus au courant de la science qui existe actuellement dans la littérature française consacrée aux maladies vénériennes. Il représente un labeur considérable en raison de son étendue, du nombre des documents analysés ou cités, et, de plus, il est écrit d'une manière très personnelle ; on voit (ceci soit dit sans aucune intention de mauvais goût) que l'auteur est absolument pénétré de son sujet ; qu'il a su se faire une opinion à lui sur presque tous les points qu'il aborde. Cela n'est point un mince mérite, car bien que les maladies vénériennes soient actuellement une des parties les plus claires de la pathologie, il reste encore en elles bien des points obscurs.

Le *Traité* de M. Jullien est divisé en trois sections principales: la première intitulée *Des maladies vénériennes locales* est consacrée à la blennorrhagie et au chancre simple ; la seconde ayant pour titre : *Maladie vénérienne générale* est consacrée à la syphilis. Enfin, la troisième est consacrée à l'étude de maladies qui, sans être des maladies vénériennes à proprement parler, ont cependant une certaine connexité avec ces dernières : il s'agit des végétations simples et des herpès génitaux.

Ces diverses parties sont traitées avec assez d'étendue pour ne laisser dans l'ombre aucune question importante. Cependant, l'auteur a su éviter les longueurs et nous ne voyons réellement rien à retrancher de ce qu'il a écrit. De temps à autre, quelques observations très succinctes, mais très claires, viennent fixer l'attention du lecteur et graver plus profondément dans son esprit les faits exposés. Nous n'énumérerons pas les nombreux chapitres consacrés à chacune des parties des diverses maladies vénériennes ; nous nous bornerons, après avoir donné au *Traité* de M. Jullien les éloges qu'il mérite, à revoir en le suivant quelques points encore controversés ou nouveaux et à indiquer ses opinions.

En ce qui concerne la blennorrhagie, M. Jullien se rallie nettement à la doctrine parasitaire. Il admet l'existence du gonococcus de Neisser et, cependant, il persiste à croire avec Ricord que l'homme peut contracter la chaudepisse avec une femme qui ne l'a pas. Il y a là, il faut bien le dire, une certaine inconséquence ; car, ou bien la blennorrhagie est virulente, ou bien elle ne l'est pas. Si elle l'est, on ne peut la contracter que là ou le virus existe, c'est-à-dire dans un vagin contenant des gonococcus. Autrement il faudrait admettre qu'une légion de gonococcus voltige parmi les *circum fusa* et va s'abattre sur le méat du malheureux qui s'est trop échauffé avec une femme saine. N'est-il pas plus rationnel d'admettre que quand une femme donne une blennorrhagie à un homme jusque-là indemne, c'est que cette femme si saine qu'elle soit actuellement en apparence, a eu jadis la blennorrhagie et en a conservé quelques germes, soit dans les follicules péri-uréthraux sur lesquels M. Martineau a si vivement appelé l'attention, soit dans un repli quelconque de sa muqueuse génitale ?

Si les excès de coït suffisaient pour faire naître la chaudepisse, combien de jeunes ménages en seraient atteints ! Il nous paraît donc préférable, malgré les autorités si respectables qui tiennent pour la spontanéité de la chaudepisse, de repousser cette doctrine et de dire que toutes les fois qu'un homme contracte la blennorrhagie avec une femme, c'est que cette femme l'a à un degré quelconque d'acuité ou de chronicité.

Nous ne pouvons pas davantage nous rallier à la formule par laquelle M. Jullien résume l'étiologie de la gonorrhée chez la femme (p. 269). D'après lui, cette affection serait produite par « *toute cause irritante susceptible de faire naître une inflammation catarrhale sur les muqueuses du conduit vulvo-utérin.*

Si l'on acceptait cette doctrine, combien y aurait-il de femmes qui échapperaient à la blennorrhagie, surtout dans les classes populaires ou rurales où les soins de propreté sont peu en honneur ? Il nous semble que nier l'uréthrite simple ou la vulvite simple si commune chez les petites filles et nullement blennorrhagique, c'est raisonner comme celui qui n'admettrait qu'une espèce d'angine ou qu'une espèce de conjonctivite. La vérité, à notre avis, c'est qu'il y a pour les voies génito-urinaires comme pour toutes les muqueuses plusieurs sortes d'inflammation catarrhale, et que si par occurence le diagnostic différentiel en est difficile ou impossible, ce n'est pas une raison pour les confondre sous la même rubrique.

Nous serons brefs sur les divers accidents d'origine blennorrhagique minutieusement étudiés par M. Jullien. Nous nous bornerons à citer pour le traitement de l'orchite l'emploi du suspensoir ouato-caoutchouté de Horand (p. 134) qui, d'après M. Jullien, permettrait au malade atteint d'épididymite de continuer ses occupations et lui éviterait le séjour forcé au lit si préjudiciable pour beaucoup de personnes. Nous mentionnerons encore un article consacré aux périostites blennorrhagiques, accident rare signalé en 1879 par Fournier et quelques pages intéressantes sur l'akinésie génitale, les névralgies et les névroses qui peuvent être causées par la chaudepisse.

Laissant de côté les pages que M. Jullien consacre à la description du chancre simple, nous nous arrêterons seulement à quelques points controversés de l'histoire de la syphilis et

notamment de la syphilis héréditaire et de ses rapports avec le rachitisme.

A propos de la syphilis héréditaire, une question litigieuse se présente tout d'abord : quelle est l'influence du père? Quand le père a donné d'abord la vérole à sa femme, il n'y a pas de difficulté à résoudre ; mais la syphilis par conception existe-t-elle comme le veut M. Fournier, ou bien dans le cas où la mère paraît indemne, ne serait-ce pas qu'elle a eu une syphilis légère passée inaperçue? Remarquons d'abord que si la syphilis est parasitaire,comme on incline actuellement à le croire, et si le sperme n'est pas inoculable,comme cela parait démontré, on s'expliquerait difficilement que le sperme d'un syphilitique, inhabile à contagionner un adulte, puisse contagionner un ovule en le fécondant, et comment un ovule contagionné dès sa sortie de l'ovaire pourrait évoluer pendant plusieurs mois. Cela dit pour la théorie, remarquons que s'il est souvent facile d'affirmer avec certitude qu'une femme a la syphilis, il est fort difficile au contraire de s'assurer positivement qu'elle ne l'a pas ou ne l'a jamais eue. Quant à la fameuse loi de Colles qui dit qu'un nourrisson syphilitique est inapte à contagionner sa mère, elle ne prouve guère qu'une chose, c'est que la mère a eu une syphilis plus ou moins légère qui la met à l'abri d'une nouvelle inoculation.

Je sais bien qu'il y a deux faits cités par M. Jullien, dus l'un à Scarenzio, l'autre à Pellizzari (p. 1086), dans lesquels la mère après avoir eu un enfant syphilitique aurait elle-même contracté la syphilis, mais il y a là ample matière à discussion, vu qu'un nourrisson peut être contagionné peu de temps après sa naissance et être pris pour un hérédo-syphilitique, alors qu'il ne l'est pas du tout. Nous conclurons avec M. Jullien que jusqu'à nouvel ordre l'influence du père est des plus douteuses.

Il a fallu tout le talent de Parrot pour faire admettre un moment par presque tout le monde que le rachitisme était une conséquence de la syphilis héréditaire. Cette doctrine originale faisait non seulement une petite révolution dans le classement des maladies contemporaines, mais elle semblait devoir éclairer d'un jour nouveau la question des origines de la syphilis, puisqu'on pensait trouver sur les crânes de nos plus vieux aïeux des traces de syphilis (ce qui par parenthèse montrerait que la syphilis ne fait pas tant dégénérer les races qu'on le dit quelquefois).

Il faut une certaine audace, on en conviendra,pour diagnostiquer une lésion si ancienne sur des crânes généralement si altérés, alors que l'anatomo-pathologiste se trouve si souvent dans l'embarras, en face d'une lésion toute fraîche, pour se prononcer catégoriquement. Mais, sans insister sur ce point, nous croyons que la doctrine de Parrot renferme bien des exagérations et que si le rachitisme peut être en relation avec la syphilis des parents, c'est uniquement par suite de ce fait général que des parents débilités ont plus de chance pour avoir des enfants atteints d'une tare quelconque que des parents vigoureux. Si la syphilis était le prélude obligé du rachitisme, comment ce dernier serait-il si commun dans nos campagnes où la syphilis est si rare? Comment se ferait-il que les enfants atteints franchement de syphilis héréditaire présenteraient si rarement le rachitisme? Nous pensons donc que la réaction qui se fait actuellement contre la doctrine de Parrot est pleinement justifiée par les faits.

Un autre point délicat dans l'histoire de la syphilis héréditaire, c'est de fixer les limites de son apparition. Or, s'il est certain qu'elle apparaît le plus souvent dans les trois mois qui suivent la naissance, cette règle, suivant les auteurs contemporains, serait loin d'être absolue et les premières manifestations d'une syphilis héréditaire pourraient se montrer seulement entre dix et vingt ans et même plus tard. C'est ce que l'on appelle la *syphilis héréditaire tardive*. Cette syphilis serait pour ainsi dire tertiaire d'emblée. Elle donnerait lieu à des lésions ulcéreuses, à des exostoses, à des lésions des viscères et des organes des sens.

En raison de la physionomie spéciale des lésions de cette syphilis tardive, il est difficile de la nier; cependant, il faut remarquer qu'une syphilis acquise peut bien souvent passer inaperçue et n'accepter comme faits de syphilis héréditaire tardive que ceux qui ont été soumis à une enquête sévère et minutieuse.

Nous terminerons ici ces quelques indications sur le *Traité* de M. Jullien ; nous souhaitons qu'elles inspirent à nos lecteurs le désir d'étudier ces questions si intéressantes dans le livre lui-même. Dr A. MALHERBE.

Index-catalogue of the Library of the surgeon general's Office (*United States Army*).

Le volume VII de cette remarquable publication,qui fait le plus grand honneur aux Etats-Unis, a été fait sous la direction de M. le Dr J.-I. Billings, chirurgien de l'armée de la grande république américaine. Il se compose de 959 pages in-4°, sur deux colonnes, imprimé en caractères compacts et comprend tous les mots depuis *Insignarés* jusqu'à *Leghorn*. Il contient l'indication de près de 15,000 noms d'auteurs, répondant à 6,000 volumes et plus de 12 mille brochures et de 35 mille articles de journaux ou revues. Ce volume comprend, en outre, une introduction de 100 pages, consacrée à l'énumération de tous les journaux de médecine. Il est vivement à désirer que toutes les bibliothèques de nos facultés de médecine, suivant l'exemple donné par les Etats-Unis, établissent le catalogue de leurs bibliothèques, le mettent à la disposition des étudiants et des médecins, et le distribuent à tous les journaux.

VARIA

Prix de l'Académie des sciences : Année 1886.

Prix Montyon (statistique) : L'Académie décerne un prix de 500 fr. à M. le Dr Jules Socquet pour ses travaux intitulés : *Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France de 1826 à 1878 : et Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 à 1880.*—Sont,en outre,accordées : Une mention exceptionnellement honorable à M. le Dr Cazin (de Berck) pour ses recherches sur l'*influence des bains de mer sur la scrofule des enfants* ; un rappel de mention très honorable à M. V. Turquan pour son *Etude sur la répartition géographique et la densité de la population en France* ; des mentions honorables à M. le Dr Mireur (de Marseille) pour ses recherches *Sur la prostitution à Marseille* et à M. le Dr Longuet, médecin-major, pour ses *Etudes sur le recrutement dans la Haute-Savoie et dans le département de l'Isère* (Etiologie du goître). Des citations honorables sont également accordées à M. le Dr Aubert pour sa *Statistique médicale de la Vendée* ; à M. le Dr Chauvel pour sa *Statistique des examens de la vision au Val-de-Grâce*, et à M. le Dr Sordes (de Tarare) pour sa *Statistique de la population en France*. Enfin, l'Académie, par une mention spéciale, déclare *hors ligne et hors concours* les relevés statistiques du dispensaire Furtado-Heine.

Prix Jecker : Le prix est partagé de la manière suivante : 1° Prix de 5.000 fr. à M. Colson, répétiteur de chimie à l'Ecole polytechnique : *Nombreux travaux de chimie organique* ; 2° prix de 5.000 fr. à M. Oechsner de Coninck : *Etude des bases pyridiques et quinoléiques*.

Prix Barbier : Ce prix de 2.000 fr. est décerné à M. Eugène Collin pour ses recherches sur la *Structure anatomique comparée des substances médicinales et sur l'anatomie comparée des feuilles officinales*.

Prix Desmazières : Le prix (une médaille de 1.600 fr.) est décerné à M. le Dr H. van Heurck, directeur du Jardin botanique d'Anvers, et à M. A. Grunow, pour leurs travaux sur la *Synopsis des Diatomées de Belgique*.

Prix de la Fons Mélicocq : L'Académie partage ce prix de 900 fr. entre MM. Gaston Bonnier et G. de Layens pour leur étude sur la *Flore du nord de la France*, d'une part, et M. E.-G Camus pour ses études sur le même sujet.

Prix Montagne : Ce prix de 1.000 fr. est décerné à M. le Dr Quélet (de Herimoncourt) pour son ouvrage intitulé : *Enchiridion fungorum in Europa media et præsertim in Gallia vigentium*.

Prix Thore : Il est décerné à M. Peragallo pour ses *Etudes sur les insectes les plus préjudiciables aux arbres les plus précieux de la région des Alpes-Maritimes*.

Prix Savigny : La commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu de le décerner.

Prix Montyon (*Médecine et chirurgie*) : Trois prix de 2.500 fr. chacun sont décernés : 1° à M. Léon Colin, médecin-inspecteur de l'armée, pour son travail sur *Paris, sa topographie, son hygiène et ses maladies* ; 2° à MM. les Drs Déjerine et Landouzy (de Paris) pour leurs recherches sur la *myopathie atrophique progressive* ; 3° à M. le Dr Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour ses études sur l'*hygiène des maternités*. En outre, des mentions honorables de 1.500 fr. chacune

sont accordées : 1° à MM. Cadéac et Malet, chefs de service à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour leurs *recherches expérimentales sur la morve;* 2° à M. le Dr Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (*Tumeur perlée de l'iris*); 3° à M. le Dr A. Ollivier, pour ses *études d'hygiène publique*. Enfin, l'Académie a accordé des citations honorables aux auteurs des ouvrages énumérés ainsi qu'il suit : M. le Dr Riant (de Paris), *sur l'hygiène ;* à M. le Dr van Merris, *sur la scrofule et les bains de mer*; à M. F. Glénard (de Lyon) : *L'application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse ;* à MM. Lutaud et Douglas Hogg : *Les hôpitaux d'isolement en Angleterre ;* M. Martel : *Physiologie de la phonation ;* à M. Trasbot : *Congestion de la moelle épinière ;* à M. F. Roux (de Paris) : *Traité pratique des maladies des pays chauds ; maladies infectieuses;* à M. van Ermengen (de Gand) : *Recherches sur le microbe du choléra asiatique.*

Prix Bréant: L'Académie décerne : 1° Une récompense de 2,000 fr. à M. le Dr Duflocq pour sa *Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre* 1884 ; 2° une récompense de 1,500 fr. à M. Ad. Guérard, ingénieur en chef des ponts et chaussées, pour son mémoire intitulé : *Port de Marseille, observations faites pendant l'épidémie cholérique de* 1885 ; 3° une récompense de 1,500 fr. à M. le Dr L.-H. Thoinot pour son *Histoire de l'épidémie cholérique de 1884. Origine, marche, étiologie générale.*

Prix Godard : Ce prix est décerné à M. le Dr Bazy (de Paris), pour ses mémoires : *Diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires ; de l'intervention chirurgicale dans les affections des voies urinaires ; l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeur de la vessie.*

Prix Lallemand : L'Académie décerne ce prix à M. W. Vignal, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France, pour ses recherches sur le *Développement des éléments du système nerveux périphérique et central.*

Prix Montyon (*Physiologie*) : Le prix est décerné à M. Gréhant (de Paris) : *Recherches sur l'élimination de l'oxyde de carbone après empoisonnement partiel.* Une mention honorable est accordée à M. Assaky, pour ses *Expériences relatives à la suture des nerfs à distance*

Prix Montyon (*Arts insalubres*) : L'Académie décerne deux prix : 1° à MM. Appert frères, ingénieurs, pour leur mémoire sur le *Soufflage mécanique du verre;* 2° à M. Kolb, pour les *Perfectionnements introduits au point de vue de la salubrité des usines.*

Prix Delalande-Guérineau : Décerné à M. le Dr Hyades, pour ses *Etudes d'histoire naturelle et d'anthropologie au cap Horn.*

Prix Jean Reynaud: Ce prix, d'une valeur de 10.000 fr., est décerné à M. Pasteur, pour ses *Recherches sur la rage et la découverte du traitement préservatif de la rage après morsure.*

Prix de l'Académie de médecine. Service de la vaccine :
(*Médailles d'argent.*)

Aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se font remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou les mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie, a été accordé une médaille d'argent :

MM. les Drs Aron (Isidore), médecin-major de 1re classe au 5e rég. d'artillerie, à Besançon ; — Billot (C.-M.), médecin-major de 2e cl., hôpital de Ghardaïa (Algérie) ; — Biney à Précy-sous-Thil (Côte-d'Or) ; — Borderemy à Commentry (Allier) ; — Bosq à Guillastre (Hautes-Alpes) ; — Caussagnes à Gorses (Lot) ; — Chapuy (Ch.) à Besançon (Doubs) ; — Coche à Rives (Isère) ; — Daillan à Bedassides (Vaucluse) ; — Daube à Roujan (Hérault) ; — Degos à Mugron (Landes) ; — Dezantière à La Machine (Nièvre) ; — Dhoste, médecin de la marine, à Karikal (Inde) ; — Dormont à Bauthoy (Haute-Marne) ; — Dufourq à Salies (Basses-Pyrénées); — Famechon, médecin-major de 2e cl., à l'Ecole militaire préparatoire, à Rambouillet (Seine-et-Oise) ; — Fayard à Niort ; — Guillemin à Vagnez Vosges) ; — Garreau à Bourgneuf (Loire-Inf.); — Ganot à Chevilly (Loiret) ; — Gauthier à Sigean (Aude) ; — Genoud à Thenon (Haute-Savoie) ; — Geschirend, médecin-major de 1re classe au 13e régiment de ligne, Nevers ; — Grinda à Nice; — Guibert à Saint-Brieuc ; — Huguenard, médecin-major de 2e classe aux ambulances du corps expéditionnaire à Ninh-Dinh (Tonkin) ; — Lagarde à Vals (Ardèche) ; — Lagarde à Montauban; — Leguguent, médecin-major au 3e régiment de ligne à Pont-Saint-Esprit (Gard) ; — Le Royer à Carrouges (Orne) ; — Marie Hubert, médecin-major de 2e classe au 51e régiment de ligne à Toul ; — Marchand, médecin-major à Biskra (Algérie) ; — Meynier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons (Marne) ; — Mosimann, médecin aide-major, au 1e régiment de chasseurs d'Afrique à Sfax (Tunisie) ; — Piot (Ch.), à Aiguebelle (Savoie) ; — Pize à Montélimar ; — Plonquet à Ay (Marne); — Pouliot à Confolens ; — Pouzol à Ministrol-sur-Lot (Haute-Loire) ; — Pujos à Auch ; — Radon à Paris ; — Raynaud à Bagnols (Gard) ; — Roclandts à Courbevoie ; — Solaville à Poitiers ; — J. Strœbel, médecin-major de 2e classe à Poitiers ; — De Welling à Rouen.

MM. les officiers de santé : Roger à Plouigneau (Finistère) ; — Johnston à Chateaulin ; — Guillorier à Combourg (Ille-et-Vilaine); — Caubet fils à Samon (Haute-Garonne) ; — Corteil (Fr.), à Falbau-des-Vidre (Pyr.-Or.) ; — Bailly à Harnes (Pas-de-Calais).

Les conférences de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le récent décret qui vient de supprimer les fonds attribués dans certaines Facultés aux conférences faites par les agrégés a été l'objet de justes protestations. Certaines Facultés avaient été largement dotées et leurs agrégés, qui avaient créé un enseignement des plus utiles pour les étudiants, se sont vu imposer à titre gratuit des conférences qu'on leur avait payées jusqu'ici. Nous ne discuterons pas ce moyen radical qui consiste à faire des économies en supprimant la juste rétribution d'un travail supplémentaire, nous sommes bien obligés de nous soumettre au fait accompli après nous être donné le plaisir platonique de protester. Les conférences qui viennent d'être imposées aux agrégés à titre de mesure générale nous paraissent en principe excellentes, mais étant une excellente chose pour notre enseignement, elles auraient dû être rétribuées. Les agrégés ne pouvant pas se mettre en grève, seront bien obligés de se soumettre au nouveau décret.

. . . .

Les conférences de la Faculté de médecine de Paris comprennent des programmes qui nous paraissent devoir être très utiles aux élèves, elles embrassent l'enseignement élémentaire, l'enseignement professionnel, celui qui doit nous donner une bonne moyenne de médecins pratiquants, instruits, à côté de l'enseignement plus développé, qui creuse, qui approfondit certains points plus élevés de l'enseignement de la médecine.

. . . .

Des conférences vont être créées à Bordeaux; auront-elles le caractère qu'elles doivent avoir? Rempliront-elles le but pour lequel elles ont été créées ? C'est là une question dont nous attendons impatiemment la solution et qui intéresse vivement l'avenir de notre Faculté et l'instruction de nos élèves. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Exposition Universelle de 1889. — Participation de l'Assistance Publique.

M le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser (22 déc.) la lettre suivante à tout le personnel médical des hôpitaux :

Monsieur le Docteur,

En vue de l'étude de la participation de l'Administration de l'Assistance publique à l'Exposition universelle de 1889, je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'indiquer directement, ou par l'intermédiaire de M. le Directeur de l'Etablissement, ceux des objets, appareils ou instruments plus particulièrement en usage dans votre service, qu'il vous paraitrait intéressant de faire figurer à l'Exposition. Agréez, Monsieur le Docteur, etc.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, E. Peyron.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

Bilan au 29 novembre 1886.

	DOIT.	AVOIR.
Caisse	101,231 53	99,897 87
Caisse des Pensions de Retraite . . .	1,547 29	1,800 »
Caisse auxiliaire.	. . . . . .	1,547 29
Cotisations	. . . . . .	92,854 20
Frais généraux	4,010 93	315 19
Obligations du chemin de fer du Midi .	11,306 55	862 35
Rente 3 °/o amortissable	32,805 35	1,792 50
Obligations foncières 1883	18,395 »	1,090 »
Obligations communales 1885	24,705 25	970 »
Obligations du chemin de fer d'Orléans	6,127.50	. . . . . .
Totaux.	201,129 40	201,129 40

Situation au 29 novembre 1886.

DOIT.

Cotisations	92,854 20
Dons à la Caisse des Pensions	1,800 »
Dons à la Caisse auxiliaire	550 »
Intérêts des valeurs	4,714 85
Profits et pertes	315 19
Total	100,234 24

AVOIR.

Valeurs.	Obligations du Midi	11,306 55	94,339 65
	Rente amortissable	32,805 35	
	Obligations foncières	18,395 »	
	Obligations communales	24,705 25	
	Obligations d'Orléans	7.127 50	
Frais généraux			4,010 93
En caisse au 29 novembre 1886			1,883 66
Total égal			100,234 24

Caisse auxiliaire.

Produit de la retenue de 1 % sur la recette brute	997 29
Dons	550 »
Total	1,547 29

Le Trésorier, Dr H VERDALLE.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 3. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Gautier, Rémy. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Guyon, Segond. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Damaschino, A. Robin. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy.

MARDI 4. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Vulpian, Cornil, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité). — MM. Duplay, Tarnier, Bouilly ; — (2e partie) (Charité) : MM. G. Sée, Grancher, Troisier.

MERCREDI 5. —(Epreuve pratique), Médec. opér. : MM. Guyon, Lannelongue, Terrillon. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Fournier, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Damaschino, Remy ; — 3e *Série* : MM. Charcot, Potain, Kirmisson.

JEUDI 6, — (Epreuve pratique) Dissect. : MM. Cornil, Mathias-Duval, Quenu. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Grancher, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hanot.

VENDREDI 7. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Potain, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Hayem, Rémy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin.

SAMEDI 8. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Le Fort, Laboulbène, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Campenon (2e partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Ball, Proust, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Peter, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 4. — M. Foissac. Contribution à l'étude des eschares chez les aliénés. — M. de Montéty. De la ration alimentaire en général. Application au soldat. — *Jeudi* 6. — M. Sallefranque. De la rupture sous-cutanée du biceps brachial d'origine traumatique. — M. Sornas, Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse à forme de delirium tremens. — M. Augry. Pneumothorax causé par la rupture de vésicules emphysémateuses au cours de l'emphysème pulmonaire chronique. — M. Lecomte. Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses. — *Vendredi* 7. — M. Bonnet. Cure radicale des hernies épigastriques. — M. Viard. Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de l'arrière-gorge. — *Samedi* 8. — M. Jean Camescasse. De la rétention médicale des urines en dehors des affections du système nerveux. — M. Valin. Etude sur la diphthérie dans le département de la Seine-Inférieure. — M. Marfan. Troubles et lésions gastriques dans la phthisie.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. BOISSARD et BERTHOD commenceront un nouveau cours d'accouchement le lundi 10 janvier à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, 5. Le cours aura lieu tous les jeudis à la même heure et sera complet en 40 leçons. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser : à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou à M. Berthod, 139, boulevard Saint-Michel, ou à la Maternité.

FORMULES

I. Potion contre la migraine. (DUJARDIN-BEAUMETZ).

Ethocycaféine	0 gr. 25.
Salicylate de soude	0 10.
Eau de tilleul	60 »
Chlorhydrate de cocaïne	10 »
Sirop de capillaire	20 »

A prendre en une seule fois. (*Les Nouveaux Remèdes.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 19 décembre 1886 au samedi 25 déc. 1886, les naissances ont été au nombre de 1138 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 428 ; illégitimes, 155. Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 428 ; illégitimes, 127. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 déc. 1886 au samedi 25 déc. 1886, les décès ont été au nombre de 1026, savoir : 530 hommes et 496 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 13, T. 28. Variole : M. 1, F. 1, T. 2.— Rougeole : M. 23, F. 26, T. 49.—Scarlatine ; M. 0, F. 5, T. 5.—Coqueluche : M. 3, F. 6, T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 20, F. 18, T. 38.— Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 3, F. 1, T. 4. —Infections puerpérales : 2.— Autres affections épidémiques : M. 0, F. 0, T. 0.—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 13, F. 13. T. 26. — Phthisie pulmonaire : M. 125, F. 68, T. 193. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 5, T. 16.— Autres affections générales : M. 27, F. 39, T. 66.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 12, F. 24, T. 36. — Bronchite aiguë : M. 20, F 23. T. 43. — Pneumonie : M. 23, F. 32, T. 55. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 14, T. 26. — Athrepsie : M. 30, F. 38, T. 68. — Autres maladies des divers appareils : M. 177, F. 153, T. 325. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15.— Causes non classées : M. 11, F. 9, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 96 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 22. Total : 60. — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 10. Total : 36.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les épreuves orales sont commencées depuis lundi dernier. La première question posée a été : *Orifices artériels du cœur* et *Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique.*

CONCOURS. — Par arrêté ministériel du 20 décembre 1886, un concours s'ouvrira le 4 janvier 1887, devant l'Ecole supérieure de pharmacie, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Juges titulaires : MM. Riche, Le Roux, Quesneville ; — Juges suppléants : Jungfleisch, Chastaing.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le jeudi 23 décembre 1886, M. PIONCHON a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Recherches calorimétriques sur les chaleurs spécifiques et les changements d'état aux températures élevées.*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE A LILLE. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, pour l'année scolaire 1886-1887, pour raisons de santé, à M, de Guerne, préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. FOCKEN est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Un congé, du 16 décembre 1886 au 31 octobre 1887, est accordé, pour raisons de santé, à M. Sicard, préparateur à la Faculté des sciences.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. CLAUDEL, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. Chareyre, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GAZIGLIA est maintenu jusqu'au 1er novembre 1887 dans les fonctions d'aide des travaux pratiques d'histoire naturelle à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MASMÉJEAN, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, aide d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Guibert, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Guillemin est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de suppléant de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Bricard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé en outre, jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Limoges. — *Concours pour une place de professeur suppléant de médecine.* Questions posées : *De l'hémiplégie* (épreuve écrite); Leçon orale : *De l'Endocardite ulcéreuse.* Epreuves pratiques : Examen de plusieurs malades et épreuve d'anatomie pathologique.

Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Charpy, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Charpy, chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, en outre, à ladite Ecole, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Congrès des aliénistes russes. — Le premier congrès des aliénistes russes se tiendra à Moscou du 4 au 11 janvier 1887.

Conseil de surveillance de l'assistance publique. — Les médecins des hôpitaux ont été convoqués par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, lundi dernier, à l'effet de dresser une liste de trois candidats à la place vacante au Conseil de surveillance, par suite de la démission de M. Moutard-Martin, admis à l'honorariat. M. Millard a obtenu le plus de voix et a été nommé.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bouley, décédé. — Sont nommés boursiers de Doctorat près le Muséum d'histoire naturelle pour l'année scolaire 1886-1887 : MM. Chrétien (E.), Perrin (A.), Roos (Ch.),

Mutation dans les hôpitaux de Paris. — Par suite du décès de M. le Dr Gilette, M. le Dr Monod, chirurgien à l'hospice des Incurables, passe à l'hôpital Saint-Antoine, et M. le Dr Blum passe du Bureau central à l'hospice des Incurables.

Nouveaux journaux médicaux a Vienne. — Le 1er janvier 1887 paraîtront à Vienne, deux nouveaux journaux de médecine. Le premier sera intitulé : *Revue clinique internationale* (*Internationale Klinische Rundschau*) et paraîtra une fois par semaine, sous la direction de MM. les Drs Weiss et Schnitzler, anciens rédacteurs à la *Wiener medicinische Presse.* Le second, intitulé : *Klinische Zeit und Streitfragen*, sera rédigé par M. le Dr J. Schnitzler.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Bureau* pour 1887. Président : M. Caulet ; Vice-Présidents : MM. Martineau, Japhet ; Secrétaire-Général : M. Leudet ; Secrétaires des séances : MM. de La Varenne, de Bourgade de la Dardye ; Trésorier : M. Royer ; Archiviste : M. Deligny.

Société médico-psychologique. — Prix a décerner en 1888. — *Prix Aubanel :* Question proposée : « Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme. » Ce prix est de la valeur de 2,400 fr. — *Prix Esquirol :* Ce prix, de la valeur de 200 fr., plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — *Prix Moreau* (de Tours) : Ce prix, de la valeur de 200 fr., sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenues dans les facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1887. *Nota :* Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, le 31 décembre 1887, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. — *Prix à décerner en* 1889 : Prix Belhomme. Question proposée : « Rechercher s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques ou psychologiques, propres aux criminels. » Ce prix est de la valeur de 900 fr. Les mémoires manuscrits devront être déposés, accompagnés d'un pli cacheté avec devise, le 31 décembre 1888.

Nécrologie. — M. le Dr Mercier, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui a péri dans un naufrage en rade de Lisbonne, au retour d'un voyage d'exploration scientifique. — M. le Dr John Gray, célèbre aliéniste américain, directeur de l'asile d'Utica. — M. le Dr Dumeny (de Nîmes, Gard). — M. le Dr Pescheux (de Verneuil), décédé le 4 décembre. — M. le Dr Rambaud (de Paris). — M. le Dr Nicol, médecin de l'armée. — M. le Dr Horner, professeur d'oculistique à la Faculté de médecine de Zurich.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

Demange (E.). — Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse. Volume in-8° de 162 pages, avec 6 planches hors texte. — Prix : 4 fr.

Terrier (F.). — Eléments de pathologie chirurgicale générale. — IIe fascicule : Complications des lésions traumatiques. Lésions inflammatoires. Volume in-8° de 672 pages. — Prix : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Périer (E.). — Guide des mères et des nourrices. Volume in-8° de 200 pages, avec figures : 2 fr. 50

Störck (A. de). — Etudes de thérapeutique expérimentale. Traduit par le Dr H. Piedvache. Volume in-8° de 423 pages. 6 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Battesti (F.). — Le mariage au point de vue de l'hérédité. Brochure in-18° de 69 pages. — Prix : 1 fr.

Blanc (L.). — Des affections cardiaques d'origine rhumatismale traitées aux eaux d'Aix-les-Bains (Savoie). Brochure in-8° de 53 pages avec 10 tracés. — Prix : 1 fr. 50

Diricq (L.). — De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné. Volume in-8° de 110 pages. — Prix : 3 fr.

Gilis (P.). — Prolifération de la cellule par karyokinèse. Volume in-8° de 120 pages. — Prix : 3 fr.

Hamon du Fresnay (L.). — Considérations pratiques sur les positions occipito-postérieures. Brochure in-18 de 104 pages, avec 7 figures. — Prix : 2 fr. 50

Hamon du Fresnay (L.). — Considérations théoriques et cliniques sur les présentations du siège. Brochure in-8° de 52 pages, avec 5 figures. — Prix : 50 c.

Hovelacque (A.) et Hervé (H.). — Précis d'anthropologie. Volume in-8° de 655 pages, avec 20 figures. — Prix : 10 fr.

Jaccoud (S.). — Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié (1885-1886). Tome III : Volume in-8° de 627 pages, avec 19 tracés et 33 figures. — Prix : 14 fr.

Kahn (T.). — Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire. Brochure in-8° de 51 pages, avec 5 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St Germain.

Layet (A.). — Le service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux. Extrait de la *Revue d'hygiène*, 1886. Brochure in-8° de 15 pages.

Morel (V.). — Nouveau traitement des affections des voies respiratoires et des intoxications du sang. Brochure in-8° de 46 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Gaudichier (H.). — De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier dans la syphilis cérébrale précoce. Volume in-8° de 155 pages.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. Charcot continue chaque mardi ses conférences cliniques à la consultation de la Salpêtrière. — M. Falret. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales:* M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 2. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 JANVIER 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TERRILLON.

Des abcès froids.

Leçon recueillie par le Dr LEROUX.

Messieurs,

Nous allons aborder aujourd'hui l'étude d'une affection que vous aurez fréquemment l'occasion de rencontrer dans la pratique et dont le traitement a fait, dans ces dernières années, de si importants progrès ; je veux parler des *abcès froids*.

Les abcès froids, vous le savez, comprennent deux grandes variétés : les uns, les *abcès froids* proprement dits, dus, le plus ordinairement, à une *tuberculose locale* du tissu cellulaire, les autres, dits *abcès ossifluents*, ayant leur point de départ dans une maladie osseuse, presque toujours d'origine tuberculeuse. La première variété nous occupera tout d'abord.

Vous avez pu récemment observer, dans nos salles, un exemple remarquable d'abcès froid, chez une de nos malades âgée de 60 ans et affaiblie depuis deux ans environ. Cette femme présentait, à la partie inférieure et externe de l'avant-bras, une petite tumeur arrondie, assez résistante d'abord qui, insensiblement, a augmenté de volume, s'est ramollie peu à peu, au point de présenter bientôt une fluctuation très évidente. Tout cela sans inflammation apparente, sans douleur; à peine la malade éprouvait-elle quelque gêne dans les mouvements du poignet et du pouce. Pendant longtemps on a essayé les applications externes de teinture d'iode, sans succès du reste. La résolution n'a pu être obtenue, les phénomènes ont ainsi persisté plusieurs mois sans changement. Dans ces derniers temps cependant, soit sous l'influence d'un traumatisme, soit sans cause apparente, la petite tumeur a subi une légère poussée inflammatoire.

C'est dans ces conditions que la malade a été traitée primitivement. On a d'abord pratiqué une ponction de la tumeur fluctuante pour en connaître le contenu et ensuite, par une étroite ouverture, on a favorisé l'écoulement du contenu liquide. Chaque jour, ont été pratiquées dans la cavité de l'abcès des injections phéniquées, sans obtenir de guérison. Cette absence de résultat, malgré la thérapeutique employée, n'a rien qui doive nous étonner. Vous trouvez dans la constitution même de l'abcès les causes de cet insuccès.

En effet, si vous en examinez les parois, vous constatez que la cavité est limitée par un tissu épais, induré, et qu'il persiste malgré le traitement, précédant deux fistules par lesquelles s'écoule un liquide jaunâtre, séreux. Le gonflement périphérique ne tend nullement à disparaître. De plus, l'examen local montre encore, au niveau du radius, une tuméfaction allongée et dure qui masque complètement l'os sous-jacent. La pression fait sourdre un pus séreux.

En face de ces phénomènes, on peut soulever deux hypothèses : ou bien il s'agit d'un abcès froid ossifluent, ou bien l'os sous-jacent est sain et il ne s'agit alors que d'un abcès froid simple ou mieux d'une tuberculose locale suppurée.

Pour élucider la nature de la lésion et dans le but d'agir plus activement sur cette maladie locale, j'ai pratiqué une large incision et, à travers cette large ouverture, j'ai pu alors explorer la cavité. Je vous ai montré qu'elle était tapissée de végétations fongueuses, d'aspect gélatiniforme, peu vasculaires et faciles à détruire par le raclage. Au-dessous de cette couche, on ne peut sentir aucune saillie osseuse dénudée ; partout, au contraire, au fond de la cavité, dans les culs-de-sac, le doigt se promène sur une membrane épaisse œdémateuse, d'aspect fibreux ; tout autour, enfin, les tissus sont indurés. Remarquez de plus qu'elle est située entre la peau et l'aponévrose profonde fortement épaissie; que le tendon du grand palmaire, lisse et intact, la traverse dans toute sa longueur. Après avoir ouvert cet abcès, j'ai enlevé avec une curette les fongosités, j'ai nettoyé toute la cavité, de façon à mettre à nu l'enveloppe fibreuse et blanchâtre de la poche; alors j'ai bourré celle-ci avec de la gaze iodoformée et puis entouré le tout de ouate hydrophile.

De tout ceci, retenez bien le mode d'évolution de cette tumeur : tout d'abord, apparition d'une tuméfaction au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Plus tard, ramollissement de la tumeur et fluctuation, puis, après une ouverture insuffisante, production de deux fistules et ensuite constatation des fongosités qui garnissent la poche et entretiennent la suppuration. Telle est l'évolution ordinaire des abcès froids.

Etudions maintenant plus en détail leurs caractères anatomiques.

L'examen histologique des parois montre qu'il s'agit là d'une altération de nature toute spéciale. Sur une coupe de la paroi on voit qu'elle est constituée par trois couches assez distinctes : tout d'abord la surface interne inégale, irrégulière, parsemée d'anfractuosités et de fongosités, déchiquetée en un mot; il s'en détache de petits fragments qui tombent dans l'intérieur de la cavité et se mêlent au pus qu'elle contient. Cette première couche se laisse détruire très facilement par le grattage. Il n'en est plus de même de la seconde couche formée de cellules embryonnaires, elle est plus solide et résiste davantage. La troisième couche est formée par une membrane plus résistante, formant une zone solide, c'est la membrane limitante.

L'examen histologique montre les parois infiltrées de tubercules. En effet, au niveau de la couche interne, on trouve une accumulation d'éléments embryonnaires, devenus caséeux, entourant la cellule géante, caractérisée par ses noyaux multiples et l'irrégularité de ses prolongements, puis çà et là des capillaires oblitérés. La couche moyenne est infiltrée de tubercules embryonnaires, c'est-à-dire de petits nodules microscopiques, dont le centre est occupé par une cellule géante, puis autour se massent des cellules embryonnaires et, plus extérieurement, des cellules plus larges, dites cellules épithélioïdes. Ces corpuscules tuberculeux sont séparés les uns des autres par une infiltration de cellules embryonnaires, et se présentent sous la forme de petits

nodules arrondis, éloignés les uns des autres ou confluents. Virchow a également signalé l'existence d'un certain nombre de nodules tuberculeux privés de cellule géante. Ces deux couches, que je vous ai décrites séparément pour la facilité de la description, ne sont point, en réalité, aussi distinctes, elles se soudent l'une à l'autre. L'intérieur de la poche est primitivement organisé, mais, par suite de la caséification des tubercules, de leur désagrégation, elle se ramollit, tombe en détritus, et, peu à peu, la destruction envahissant les couches successives, la cavité de l'abcès augmente.

La couche la plus extérieure de l'abcès froid est constituée par de nombreuses cellules embryonnaires, tassées, agglutinées les unes contre les autres, mais sans aucune organisation et parsemée çà et là de nodules tuberculeux. Il n'est pas rare, dans ces variétés d'abcès, de rencontrer des anfractuosités et des prolongements de la cavité principale sous forme de boyaux secondaires qui présentent les dispositions les plus variées et les ramifications les plus complexes. Au point de vue clinique, ces prolongements ont une importance capitale, ils expliquent la difficulté de guérison, car ce sont autant de foyers secondaires qui deviennent le point de départ de nouvelles poussées tuberculeuses et par suite de nouveaux abcès froids.

Etudions maintenant les rapports de ces abcès avec les tissus de voisinage. Dans bien des cas, la poche est facilement isolable ; elle peut être décortiquée lorsqu'elle est bien limitée surtout au début ; mais, plus tard, naissent les prolongements dont nous avons parlé, qui envahissent les muscles, les gaines tendineuses, etc., et qui rendent l'énucléation impossible. Dans d'autres cas, vous trouverez des cloisonnements plus ou moins complets, dus à ce que les prolongements de la poche se sont étalés et ont pris du développement, alors que leur communication avec la poche s'élargissait peu à peu. Attendez-vous donc à trouver dans la conformation de ces abcès les variétés les plus grandes.

Quant à leur contenu, c'est ordinairement un pus mal lié, diffluent, presque séreux, mais il renferme souvent des grumeaux formés par les détritus de la surface interne qui nagent dans le liquide. Ces grumeaux expliquent la difficulté d'évacuer ces abcès par l'aspiration; quelquefois même, en employant un trocart assez gros, on ne peut les vider.

Le contenu de ces abcès est toujours soumis à une assez forte pression, aussi s'échappe-t-il avec violence lors de l'incision de ses parois.

Si le liquide diminue de quantité et tend à disparaître, alors que les éléments solides sont très abondants, on observe alors une variété décrite sous le nom d'*abcès caséeux*, dont la cavité est remplie par une masse blanchâtre plus ou moins épaisse. Enfin, dans les abcès très anciens, il peut se faire une résorption lente des éléments solides; la partie liquide, au contraire s'y accumule et. lorsqu'on les ouvre, il s'en échappe un liquide clair, chargé quelquefois de cholestérine, ce sont des abcès froids transformés en kystes.

Vous voyez, Messieurs, par tous ces détails, que les apparences sous lesquelles se présentent les abcès froids sont multiples. C'est en somme toujours la même affection, mais qui évolue suivant un processus différent.

Telles sont les notions les plus exactes que l'examen histologique nous avait fournies sur la structure de ces abcès, lorsqu'une découverte récente nous montra un autre élément caractéristique, ayant encore une plus grande valeur. Dans le pus de ces abcès, dans les fongosités qui les tapissent et même dans l'épaisseur de leurs parois, on rencontre toujours des bacilles caractéristiques de la tuberculose.

Un examen soigneux, pratiqué après coloration des liquides, permet de reconnaître facilement ces microbes spéciaux, sous forme de petits bâtonnets. Ils sont souvent difficiles à rencontrer, et de nombreuses préparations sont nécessaires pour y arriver ; cependant, il est rare qu'on ne puisse les constater, surtout en interrogeant les fongosités encore fraîches de la surface interne.

J'ai vu cependant des cas dans lesquels les recherches les plus minutieuses et les plus patientes n'ont pas permis de retrouver le bacille caractéristique.

Mais alors, Messieurs, nous avons un autre critérium, une autre preuve encore plus absolue que la précédente, elle nous est fournie par l'inoculation.

Vous introduisez dans le tissu cellulaire d'un lapin une parcelle de pus ou de fongosité, et, bientôt après, vous voyez évoluer une tuberculose généralisée qui tue l'animal à coup sûr. Cette inoculation demande malheureusement un temps assez long, un, deux ou trois mois, avant de fournir la preuve demandée, mais elle est ordinairement très probante et, quand elle est positive, elle devient presque infaillible.

Nous verrons, à propos du traitement, quel rôle on a fait jouer à ces bacilles, origines de la maladie, et seuls capables de l'entretenir. Nous verrons, dis-je, qu'il suffit de les détruire ou d'empêcher leur développement pour arrêter la marche de la maladie locale et la guérir à coup sûr.

Maintenant que vous connaissez la constitution anatomique des abcès froids, je vais vous en décrire l'évolution clinique. Dès le début, ils se présentent sous la forme de tumeurs, quelquefois très superficielles, bosselées ou arrondies, et, lorsqu'ils sont petits, ne donnant point de fluctuation. Cette variété est désignée sous le nom de *gommes scrofuleuses*. Au bout de quelques semaines, quelquefois de plusieurs mois, on peut y découvrir au centre un point fluctuant. Dans ces cas, au début, l'examen histologique a montré qu'il se faisait tout d'abord dans le tissu cellulaire un amas de cellules embryonnaires, qui augmente peu à peu de volume, s'infiltre de nodules tuberculeux, puis l'accroissement se fait lentement ou rapidement; quelquefois la tumeur acquiert en quelques semaines le volume du poing. Le centre de la tumeur dégénère, se nécrobiose, se ramollit, et on est bientôt alors en présence d'une cavité remplie de liquide purulent et dont les parois offrent les diverses zones que je vous ai précédemment décrites. Vous remarquerez, Messieurs, qu'il n'y a point de membrane limitante proprement dite et qu'il se fait un envahissement progressif des tissus voisins, ainsi que je vous l'ai expliqué plus haut. Les parties nouvellement atteintes présentent la même structure et les mêmes caractères histologiques, c'est-à-dire ceux de la tuberculose. Quelquefois enfin, il se forme dans l'épaisseur des parois, ordinairement dans la couche moyenne, de petits foyers hémorrhagiques par ruptures vasculaires, d'où la coloration chocolat que présente parfois le pus.

Lorsque l'abcès est ramolli, la peau peut se perforer et on voit s'écouler par un orifice fistuleux un pus sanieux, chargé de détritus et de grumeaux. Quelquefois la terminaison est différente, il se fait une résorption des divers éléments de l'abcès et la guérison s'effectue spontanément ; mais ce fait est rare. Après cette ouverture. lorsqu'il n'y a plus de tension dans la poche, il n'y

a plus de tendance à l'extension des lésions, mais la face interne de l'abcès s'irrite, et les fongosités deviennent plus abondantes et plus volumineuses. Celles-ci empêchent le rapprochement des parois, et elles font quelquefois issue par les fistules qui sont le siège d'un suintement purulent continuel. Ces fongosités sont peu adhérentes, elles cèdent facilement au raclage, mais elles envahissent toute la cavité de l'abcès et même ses prolongements.

Malgré la dénomination d'abcès froid, lorsque l'évolution est rapide il peut se produire localement, une élévation de la température locale de 4 à 6 dixièmes de degrés et on voit s'établit à la surface une zone inflammatoire légère, quelquefois enfin la température du malade subit elle-même une légère ascension. Cela se produit surtout à la suite d'une contusion légère ou quand l'abcès menace de s'ouvrir au dehors.

Il ne nous reste plus, Messieurs, qu'à étudier le traitement des abcès froids.

Lorsqu'il ne s'agit que des gommes scrofuleuses, même lorsque l'abcès s'est produit, mais qu'il n'est que de très petit volume, et que l'état général, loin de souffrir, s'améliore, il est permis d'attendre, la guérison est possible par résorption.

Dans les abcès plus étendus, la résorption est impossible et on doit alors ouvrir la poche, car la ponction dans ces conditions est le plus souvent insuffisante ; le liquide se reproduit, en effet, à cause du peu de vitalité des parois. Le mieux est donc, dans ces cas, d'intervenir énergiquement et de faire, ainsi que l'a indiqué M. Lannelongue, l'ablation de la poche. Cette pratique est certainement la meilleure lorsque la poche qui limite l'abcès est facilement énucléable. On réunit alors les parties molles et saignantes séparées par la dissection ; un bon drainage assure l'écoulement des liquides et grâce à la compression méthodique du pansement antiseptique, les tissus se réunissent et la guérison est bientôt complète. Il faut avoir soin toutefois d'enlever les prolongements de la cavité, méthode souvent difficile à appliquer lorsque les parois sont peu consistantes.

Dans un second mode thérapeutique, applicable surtout quand la poche ne peut être enlevée en totalité, ce qui constitue le cas le plus fréquent, on ouvre largement l'abcès, puis on racle la surface interne de la poche avec un racloir, une curette coupante de Volkmann, en ayant soin de bien détruire les fongosités; ensuite on accole les surfaces et on réunit comme précédemment. Si cette réunion semble impossible, il vaut mieux remplir la cavité de gaze iodoformée et protéger le bord par un pansement absorbant, comme je l'ai pratiqué chez notre malade. La guérison est plus lente, mais elle est certaine.

Une troisième méthode consiste à cautériser largement la poche au thermo-cautère dans le but de détruire toutes les fongosités. On n'a plus alors qu'une vaste escharre formée par les parties malades ainsi profondément modifiées. Cette méthode est plus lente, moins active et moins énergique, aussi je ne vous la conseillerai que dans des cas très limités.

Cependant l'emploi du thermo-cautère m'a donné d'excellents résultats dans le traitement d'une variété d'abcès froids multiples, dont je pourrais vous citer plusieurs exemples siégeant au pli de l'aine à l'aisselle, au cou, etc. Ils se présentent sous l'aspect de petites masses violacées, avec des pertuis multiples donnant à la région l'aspect d'une pomme d'arrosoir. Dans ces cas, où il existe ordinairement des abcès multiples, des décollements plus ou moins considérables et des trajets fistuleux en divers sens, les injections de teinture d'iode, l'ablation totale est impossible et le raclage ordinairement incomplet n'ont aucune efficacité. Il faut alors ouvrir tous les trajets fistuleux, cautériser les fongosités, transformer les diverticules multiples de l'abcès en une surface d'escharres et mettre à jour tous les grands décollements. A ce prix seul vous obtiendrez des guérisons complètes.

Ces différents modes de traitement devenus classiques actuellement, et absolument inoffensifs grâce à l'emploi de la méthode de Lister et surtout de la gaze iodoformée dont on bourre la cavité des abcès, sont en partie détrônés par une méthode créée dernièrement par M. le professeur Verneuil. Celle-ci s'adapte surtout aux grandes poches et aux grands abcès pour lesquels une opération sanglante et radicale semble difficile ou dangereuse.

M. Verneuil, partant de ce principe que l'iodoforme est un parasiticide excellent et qui empêche le développement des bacilles tuberculeux, eut l'idée de mettre cette substance en contact avec les parois de l'abcès froid, de façon à atteindre ces microbes dans tous leurs repaires et d'une façon prolongée.

Pour arriver à ce résultat, il vide l'abcès autant que possible avec un trocart aspirateur, et lave au besoin la poche, avec de l'eau phéniquée, pour enlever les parties caséeuses trop épaisses. Après l'évacuation de la poche, il injecte une quantité variable, suivant l'étendue de la poche, d'éther tenant en dissolution de l'iodoforme à la dose de cinq pour cent. La quantité de liquide ainsi introduit dans les plus grandes poches ne doit pas dépasser cent grammes, dans la crainte des accidents que pourrait provoquer l'absorption d'une trop grande quantité d'iodoforme. On laisse sortir le liquide après quelques minutes, mais une certaine quantité reste dans la poche. La surface de celle-ci est bientôt tapissée d'une couche mince d'iodoforme.

Sous cette influence, la douleur est peu vive, la récidive modérée ; mais la poche se remplit de liquide et de gaz, se gonfle et devient légèrement douloureuse. Après quelques jours, tout se calme et bientôt après on voit le liquide se résorber, la cavité et la grosseur diminuer. On peut, dans quelques cas, obtenir une guérison complète après quelques semaines et à la suite d'une seule injection. Quand une seule ne suffit pas, la même opération peut être renouvelée après un mois ou six semaines, deux ou trois suffisent pour les plus grandes poches.

Vous trouverez sur ce sujet des détails importants dans les travaux de M. Verneuil et surtout dans un mémoire d'un de ses élèves, M. le Dr Verchère, paru dans la *Revue de Chirurgie*, 1886.

Je n'ai qu'à vous rappeler comme exemple de ce genre d'intervention une malade infirme de l'hôpital à laquelle j'ai pratiqué ces injections.

Cette femme grande, maigre, âgée de 77 ans, portait sur la face antérieure et interne de la cuisse droite un vaste abcès froid. Celui-ci avait trente-cinq centimètres de long, vingt-trois de large et contenait quatre litres de pus grumeleux.

Une première injection de 80 grammes d'éther iodoformé produisit peu de réduction. Après un mois, l'abcès avait diminué de moitié. Une nouvelle injection de 60 grammes produisit un résultat analogue.

Actuellement, 4 mois après la première injection l'abcès est à peine gros comme une demi-man-

darine et se terminera, je l'espère, complètement ainsi.

C'est donc là une méthode excellente, non dangereuse, réussissant le plus souvent et que je ne pourrais trop vous recommander, car je l'ai employée avec succès plusieurs fois.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — M. le professeur **U. TRÉLAT**.

Tumeur lombaire. — Claudication. — Déformation vertébrale. — Difficultés du diagnostic.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique et revue par le professeur. (*Suite et fin*) (1).

L'opération nous réservait une surprise assez inattendue, dont M. Trélat, au début de la leçon suivante, rendit compte à ses auditeurs dans les termes ci-dessous :

Messieurs,

Je ne puis pas ne pas revenir sur l'opération que j'ai pratiquée devant vous mardi dernier. J'opérais, comme je vous l'ai dit, avec la certitude de trouver un foyer purulent. Cependant, en cherchant une dernière fois la fluctuation avant de commencer, il m'avait semblé que la tuméfaction était moins évidente qu'avant, et la fluctuation moins franche. Mais je l'avais si bien sentie précédemment, et tous ceux qui avaient vu le malade l'avaient si bien constatée comme moi, que je pris le bistouri et incisai sans hésiter ; il ne me vint pas à l'esprit d'attribuer ces différences de résultats entre mon exploration actuelle et mes explorations antérieures, à autre chose qu'à la position nouvelle dans laquelle j'examinais mon malade sur le lit d'opérations. Je pratiquai donc, suivant le grand axe de la tumeur, c'est-à-dire de haut en bas et de dehors en dedans, une incision de 7 à 8 centimètres de long. Après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, qui étaient absolument sains, j'eus sous les yeux une couche peu épaisse de tissu graisseux, que je traversai à son tour, sans voir sourdre une seule goutte de pus. J'incisai un peu plus profondément, et je remarquai alors, au fond de mon incision, une coloration anormale, jaune grisâtre, ressemblant grossièrement à celle que présente un ganglion caséeux mis à nu. Je fis une ponction à ce niveau ; rien. J'agrandis un peu l'ouverture, je l'explorai du bout du doigt ; rien encore. Il n'y avait pas d'abcès. Ce que je venais d'ouvrir était une tumeur mollasse, affectant la forme et les dimensions de l'abcès présumé, et en tout semblable, par sa coloration gris rosé et par sa consistance, à un épanchement sanguin réduit à des vestiges fibrineux. En disséquant un peu autour du point où je l'avais entamée, je mis à découvert, à un centimètre environ au-dessous de son extrémité inférieure, une déchirure de l'aponévrose des muscles longs du dos, à travers laquelle les fibres musculaires faisaient légèrement hernie. Cette nouvelle constatation était une raison de plus de considérer la tumeur comme constituée par les restes d'un épanchement sanguin.

Que devais-je faire, Messieurs, en cette occurrence, et comment devais-je terminer l'opération commencée ? Abandonner les choses à elles-mêmes, après avoir ou non réussi partiellement et avoir établi un drainage de précaution, c'était exposer à peu près sûrement le malade à des accidents de suppuration dans cet ancien foyer sanguin, c'est-à-dire à des accidents qui, malgré tous mes soins, pouvaient devenir graves. Vider la cavité par le raclage avec la curette, laver, drainer, et réunir les bords de la plaie dans la majeure partie de leur étendue, comme je l'aurais fait après l'ouverture d'un foyer purulent, c'était mieux, mais ce n'était pas encore ce que je pouvais faire de plus sûr ; en effet, pour peu que je laissasse subsister quelques débris de la masse fibrineuse dans une anfractuosité du foyer, je courais le risque de voir manquer la réunion profonde et survenir une suppuration peut-être longue et périlleuse. J'évitais tous ces inconvénients, au contraire, en traitant ce foyer comme une tumeur et en l'enlevant en totalité, de façon à avoir une plaie dont le fond tout entier fût constitué par des tissus sains. C'est le parti que je pris sur-le-champ, en moins de temps qu'il ne m'en a fallu pour justifier ma décision. Je poursuivis donc la dissection. Bien que la tumeur fût parfaitement circonscrite, son isolement fut assez laborieux, car elle n'avait pas de parois, et elle était limitée par une zone de tissus indurés, qui faisait corps avec les muscles voisins et leur adhérait fortement, particularités bien d'accord avec l'idée d'un épanchement sanguin ancien, consécutif à une rupture musculaire. Je dus, par conséquent, la sculpter, en quelque sorte, pour la séparer de ces muscles. Confinant par sa partie inférieure au bord externe du muscle long du dos, dont l'aponévrose était éraillée, par sa partie supérieure et interne au bord du grand dorsal, elle reposait par sa face antérieure sur le carré lombaire, et envoyait le long du bord externe de ce dernier un prolongement qui, après l'avoir contourné, venait se mettre en rapport avec le grand oblique et son aponévrose. C'était avec ces deux muscles, et surtout avec le carré lombaire, qu'elle présentait ses adhérences les plus étendues et les plus résistantes. Aussi ne me fut-il pas possible de compléter son extirpation sans emporter avec elle un certain nombre de fibres musculaires saines. L'opération terminée, on apercevait sur le muscle carré, qui constituait la majeure partie du fond de la plaie, plusieurs taches ecchymotiques manifestement anciennes, et ces taches ecchymotiques venaient nous fournir une nouvelle preuve à l'appui de l'étiologie que nous assignions maintenant à la tumeur.

J'ajouterai de suite que l'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Latteux et consigné sur une de nos feuilles autographiées, a pleinement confirmé ce diagnostic tardif. Les préparations microscopiques de la masse enlevée montrent de nombreux faisceaux musculaires rompus, à demi-dissociés, et irrégulièrement éparpillés dans le champ de la préparation, au milieu d'une gangue fibrineuse tenant en suspension des éléments embryonnaires plus ou moins en voie de régression. On constate, sur les fibres musculaires malades, la disparition presque complète des stries transversales et la dissociation des disques de Bowmann, et beaucoup d'entre elles apparaissent comme étirées, avec des extrémités effilées ou en biseau. Enfin, en plusieurs points de la gangue fibrineuse, on retrouve des vestiges incontestables de foyers hémorrhagiques.

Le pansement consécutif à l'opération a été celui-ci que vous me voyez journellement appliquer après toutes mes extirpations de tumeurs : Lavage à la solution phéniquée forte ; drain allant jusqu'au fond de la cavité

(1) Leçon du 29 avril 1884. — Voir le n° 1.

et sortant par la partie la plus déclive de la plaie ; suture de la solution de continuité des téguments dans toute son étendue, en ne laissant béant que ce qu'il faut pour le passage du drain ; gaze iodoformée chiffonnée ; coton hydrophile en abondance par-dessus ; enfin, bandes de gaze pour maintenir le tout, et pour exercer en même temps une certaine compression, destinée à effacer la cavité et à favoriser le recollement de ses parois. Le premier appareil a été levé hier, et nous avons trouvé les choses en aussi bon état que possible.

En somme, ce jeune malade, comme vous le voyez, a eu une rupture musculaire, et, avec cette notion, la pathogénie des accidents devient claire et limpide. La tumeur a été le résultat de l'épanchement sanguin qui a suivi cette rupture, et les déformations observées plus tard sont survenues sous l'influence de contractures dues à l'irritation musculaire consécutive. Ce fait, Messieurs, vous offre un bel exemple des conséquences que peut entraîner à sa suite un traumatisme musculaire, même simple.

J'avais flairé le diagnostic, et je l'eusse fait complètement exact, si j'avais tardé davantage à opérer. Il est un signe qui m'avait frappé tout d'abord, et sur lequel j'ai appelé votre attention en discutant le diagnostic : c'est la brusquerie du début, ou plutôt la rapidité avec laquelle les accidents ont évolué. Ce signe, tiré du début brusque de la douleur et de la gêne des mouvements, a une grande valeur diagnostique ; on pourrait même dire qu'il est presque pathognomonique de la rupture musculaire. Je l'ai utilisé avec grand avantage, il y a deux ans, pour déterminer la nature d'une tumeur assez singulière de la paroi abdominale, et c'est grâce à lui que j'ai pu, dans ce cas, et contre bon nombre d'avis opposés, affirmer l'existence d'une rupture du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, diagnostic dont la marche ultérieure de la tumeur est venue pleinement confirmer l'exactitude. Nous ne retrouvions pas, à la vérité, dans les antécédents que notre malade actuel nous a fournis avec beaucoup d'intelligence et de précision, la mention d'une douleur soudaine, immédiatement suivie de gêne des mouvements ; mais, à défaut de cette donnée caractéristique, nous parvenions à circonscrire le début des accidents dans un espace de temps très court. Nous établissions que notre jeune malade était, au commencement de mars, souple, agile, vigoureux, correct dans ses formes, dans ses attitudes, et libre de tous ses mouvements, et que, peu de jours après, il présentait le complexus symptomatique dont nous avons analysé les éléments : douleurs irradiées, tumeur lombaire, déformations vertébrales, claudication.

Nous étions donc conduit, Messieurs, à rechercher quelle affection subite ou du moins rapide dans son évolution, pouvait expliquer cet ensemble et, du même coup, nous repoussions toutes les hypothèses basées sur les affections chroniques. Il fallait, de toute nécessité, que notre diagnostic expliquât la totalité des signes observés, puisque tous étaient d'apparition simultanée ou à peu près. Ce système nous conduisait dans la bonne voie ; il nous a permis de ne pas nous égarer à la poursuite de lésions de la moelle ou de ses enveloppes, de lésions des viscères profonds, de tumeurs néoplasiques anciennes et se révélant subitement par quelque manifestation douloureuse. Nous étions réduit, ou à une lésion traumatique, ou à une lésion inflammatoire à marche rapide. Or, d'une part, je n'avais pas la douleur soudaine, le coup de fouet de la rupture musculaire ; d'autre part, je constatais, après recherche très attentive et très défiante, l'incontestable fluctuation de la tumeur. Pas une voix, pas un doigt n'avait protesté contre cette fluctuation. C'était la réalité qu'il fallait subir. Dès lors, nous n'avions plus le choix et nous étions, pour ainsi dire, acculé au diagnostic : collection purulente, récente, subaiguë, causée par la marche, la fatigue, la course, l'effort, peut-être même par quelque infime rupture vasculaire ou musculaire jouant ici le rôle de cause première. Nous avons vraiment fait le diagnostic qui devait être fait, le diagnostic obligé de nos constatations. Ce diagnostic, fort juste dans sa marche, était erroné quant à la nature propre de la tumeur. Cherchons s'il eût été possible de le rendre tout à fait exact.

L'opération nous a permis de reconnaître qu'il existait une petite hernie musculaire à travers l'aponévrose du muscle long du dos, et cette hernie correspondait précisément au point le plus mollasse de la tumeur, à ce point inférieur, au niveau duquel nous croyions trouver la fluctuation avec son maximum d'évidence. Or, Messieurs, la tumeur mollasse formée par une hernie musculaire disparaît, en laissant à sa place une surface plane, lorsque l'on fait contracter le muscle correspondant. Il ne nous est plus, dès lors, difficile de comprendre pourquoi, à notre dernière exploration, la tumeur nous a semblé moins volumineuse et moins nettement fluctuante qu'aux examens antérieurs : c'est, sans nul doute, parce que les muscles se sont contractés ou se sont trouvés tendus, sous l'influence de l'attitude nouvelle que nous avions fait prendre au malade sur la table d'opérations. Si nous avions pensé à étudier les modifications imprimées à la tumeur par les contractions des muscles voisins, nous aurions peut-être reconnu la hernie musculaire, trouvé du même coup l'explication des changements constatés du côté de la tumeur quelques instants avant l'opération, et enfin, ce qui eût encore mieux valu, recueilli un indice précieux qui nous eût permis de rectifier aussitôt notre opinion première.

L'opération que nous avons pratiquée sur ce jeune homme est assez importante ; il faut espérer qu'elle guérira convenablement, et jusqu'à présent tout marche de la façon la plus satisfaisante. Mais si j'avais posé à temps le diagnostic exact, je n'aurais pas opéré. En effet, cette collection sanguine, consécutive à une rupture musculaire, et en bonne voie de résorption, ne nécessitait aucune intervention opératoire ; le repos, quelques révulsifs peut-être, puis des douches, eussent fait tous les frais de la guérison. Mais l'opération une fois commencée, il fallait achever, et je vous ai dit tout à l'heure pourquoi et comment.

J'ai tenu, Messieurs, à vous exposer avec détails ce fait remarquable à plus d'un titre. J'ai attiré votre attention sur ces contractures déformantes dont l'origine ne pouvait être établie que par une analyse attentive et complète, qui a trouvé sa confirmation dans la marche ultérieure de la guérison. Elles avaient bien pour cause une irritation de voisinage qui a totalement disparu avec la tumeur elle-même.

Dans la discussion des signes, je vous ai montré l'extrême importance et la haute valeur du début de l'affection, début qui imprimait une direction au diagnostic. Enfin, je vous ai fait voir comment ce diagnostic délicat est resté incomplet et même erroné quant à la lésion locale, erreur qui nous a conduit à une opération inutile. Quoique toutes les personnes — et elles étaient nombreuses — qui avaient examiné le malade eussent

constaté la fluctuation dans sa tumeur, peut-être eussions-nous pu tirer plus de profit de l'étude de la contraction musculaire du long du dos, du grand dorsal, du carré, du psoas. Je dis : peut-être, car l'apparente évidence de la fluctuation était bien faite pour nous aveugler. Mais la leçon que nous devons retirer de ce point particulier, c'est qu'ici encore, comme en tant d'autres cas, la rupture musculaire s'est montrée comme une affection insidieuse, protéique, et que, le cas échéant, il faut toujours s'en défier, comme, en d'autres conditions, on doit se défier des petits kystes hydatiques et des lymphadénômes. Il faut savoir que ces affections peuvent se présenter sous des signes trompeurs, sous de fausses apparences, et que nous devons nous imposer une démonstration rigoureuse soit pour accepter, soit pour rejeter leur diagnostic.

Les suites de l'opération n'ont présenté aucun incident digne d'être mentionné. La réunion immédiate a parfaitement réussi dans toute l'étendue de la suture. Le drain, graduellement raccourci, a dû être maintenu jusqu'à la fin de la première semaine de juin, et après sa suppression la cicatrisation n'a pas tardé à se compléter. Le 30 juin enfin, le malade est parti pour Vincennes, absolument guéri de toute déformation, tout à fait libre de ses mouvements et fortement engraissé.

CLINIQUE MÉDICALE

De la température dans les accès sériels d'épilepsie.

Par BOURNEVILLE.

Les accès d'épilepsie se présentent tantôt à l'état isolé, tantôt sous forme de *séries*. Dans ce dernier cas, durant la même journée, *séparés par des intervalles plus ou moins longs*, *mais* PENDANT LESQUELS LA CONNAISSANCE REVIENT, le malade peut avoir 2, 3, 4.... 10 accès ou davantage et, contrairement aux épileptiques sujets à des accès isolés qui peuvent se reproduire tous les jours, les malades de ce groupe peuvent rester 2, 3, 4 semaines ou même plus longtemps sans avoir de nouvelles séries. Nous avons vu que les *accès isolés* déterminaient une *augmentation de la température* oscillant de quelques dixièmes de degré à un degré et quelques dixièmes et les 60 cas que nous avons rapportés dans le *Progrès médical* confirment ce que nous avons écrit précédemment (1869, 1870, 1873, etc.).

Comment se comporte la température dans les *accès sériels?* Absolument de la même façon que dans les *accès isolés*, c'est-à-dire qu'ils n'occasionnent qu'une légère augmentation de la température centrale. Nous l'avons démontré dans notre thèse en 1870 et dans d'autres publications (1). Les faits que nous n'avons cessé de recueillir depuis plus de dix ans, confirmant nos anciennes conclusions, nous n'avions pas cru nécessaire de revenir sur cette question, pas plus que sur la température dans les accès isolés d'épilepsie. Mais M. le Dr Witkowski contestant ce que nous avons dit sur la marche de la température dans les *accès sériels*, comme il a contesté ce que nous avons écrit sur la température dans les *accès isolés*, nous allons rapporter, non pas tous les faits que nous possédons, ce qui nous entraînerait trop loin, mais quelques faits en nombre suffisant, nous le pensons, pour prouver à tout lecteur impartial que, sur ce second point, comme sur le premier, il n'a pas mal placé sa confiance en acceptant comme l'expression de la réalité, l'enseignement de l'Ecole de la Salpêtrière. Voici en quels termes s'exprime notre contradicteur :

« Or, dit-il, non seulement chaque accès pris individuellement n'exerce généralement aucune action sur la température du corps du malade, *mais les séries d'accès répétés*, dont cependant les effets devraient s'additionner, peuvent évoluer sans déterminer de fièvre, surtout lorsque leur chiffre n'est pas élevé et que le trouble de la connaissance n'est ni profond, ni prolongé. »

C'est exactement l'opinion que nous soutenons depuis plus de quinze ans et, sur ce point encore, M. Witkowski n'a rien inventé. Ceci dit, citons quelques faits :

1° Debarg... : Premier accès à 9 h. 35 : T. R. 37°,8 ; — Second accès à 10 h. 15 : T. R 37°,7 ; — un quart d'heure après : 37°,6 ; — deux heures après : 37°,4.

2° Boulang.. : Après le premier accès : T. R. 38° ; — un quart d'heure plus tard : 37°,5 ; — deux heures plus tard : 37°,2. — Second accès cinq heures après le premier : 38°,2 et deux heures plus tard : 37°,6.

3° Ren... : Premier accès à 3 h. 30 : T. R. 38°, 6 ; — un quart d'heure après : 38°,2. — Second accès à 4 heures : 38°,2 ; — à 6 heures du soir : 37°,8 ; — le lendemain à 6 heures du matin ; 37°,8.

4° Boulan.. : Premier accès à 6 heures du matin : T. R. 38° ; — un quart d'heure après : 37°,6 ; — deux heures après : 37°. — Second accès à 11 h. 20 : T. R. 38°,7 : — un quart d'heure après : 37°,9 ; — deux heures après : 37°,2. — Troisième accès à 2 h. 30 : 38° ; — un quart d'heure après : 37°,8 ; — deux heures après : 37°.2.

5° Cont... ; Premier accès à 7 heures du matin. — Second accès à 10 heures : T. R. au moment du ronflement, 38°,5 ; — un quart d'heure après l'accès, 38°,3 ; — deux heures après midi : 37°,5. — Troisième accès (très fort) à 2 heures et demie de l'après-midi : 38°,6 ; un quart d'heure après : 38°,3 ; deux heures après : 37°,9. — Le lendemain à 6 heures sans nouvel accès : T. R. 37°,5.

6° Vass... : Après le *quatrième* accès d'une série : T. R. 37°,9 ; — un quart d'heure après : 37°, 6.

7° Coureh... : Premier accès à 9 h. 30 : T. R. 37°,7. — Second accès à 10 h. 20 : 37°,8. — Troisième accès à 1 h. 15 : 37°,7. — Quatrième accès à 2 h. 30 : 37°,9. — Cinquième accès à 5 heures : 37°,8. — A 6 heures du soir : 37°,8. Le lendemain à 6 du matin : 37°,7.

8° Boulan... : Premier accès à 11 h. 30 : 38° ; — Second accès à midi 45 : T. R. 38° : — Troisième, quatrième et cinquième accès de 2 heures à 2 h. 30 : 38° ; — Sixième accès à 5 h. 30 : — Septième accès à 6 heures : T. R. 38°,5. Le lendemain matin : 37°,6.

Dans toutes ces séries variant de 2 à 7 accès, nous avons noté une légère augmentation de la température, ne différant guère de celle qui s'observe après les accès isolés. Nous devons dire que chez tous les malades, chaque accès a été séparé du suivant par un *retour de la connaissance*. C'est là un phénomène important sur lequel nous avons fréquemment insisté, car il contribue, avec l'absence d'hyperthermie, à distinguer les *séries d'accès* de l'*état de mal épileptique*.

(1) *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1872-1873. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*, page 1 à 14. Paris, 1876. — *De l'état de mal épileptique*, thèse de A. Leroy, Paris, 1880, *passim*. — *Revue photogr. des hôpitaux de Paris*, 1869, p. [illegible], et *Bulletin de la Société* [illegible].

CONGRÈS INTERNATIONAL DE WASHINGTON. — Trente jours seront suffisants pour faire le voyage : dix jours pour l'aller à Washington ; dix [illegible] en Amérique (le Congrès ne durera que six jours), et dix jours pour le retour. — Les réductions de prix pour le voyage seront publiées sous peu.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du dosage en électrothérapie.

Il y a quelques années, pour donner une idée de la force d'un courant, on se bornait à indiquer le nombre et la nature des éléments employés à le produire, c'est-à-dire approximativement sa *force électromotrice*. Plusieurs auteurs ont conservé ce mode d'estimation.

Actuellement, on compare les courants d'après leur *intensité*, c'est-à-dire d'après la quantité d'électricité qui traverse une section du circuit dans l'unité de temps. Comme cette quantité peut être déterminée très exactement en ampères (unité pratique d'intensité), il semble que le dosage des courants ne laisse plus rien à désirer. Il est pourtant facile de s'assurer que cette précision est illusoire, au moins en ce qui concerne l'appréciation des effets physiologiques des courants. Supposons, par exemple, qu'il s'agisse de faire chez deux malades une application pour laquelle les auteurs conseillent un courant de cinq milliampères. Il se trouve que la résistance électrique est très différente chez ces deux malades; pour obtenir ce courant de cinq milliampères, il faut 36 éléments Daniell chez le premier et 12 seulement chez le second. La supposition n'a rien de forcé; ces différences individuelles de résistance se voient tous les jours, bien que généralement on ait le tort de n'en pas tenir compte. Dans ces conditions, peut-on dire que ces malades ont été électrisés d'une façon identique? évidemment non. Ils ont reçu la même quantité d'électricité; le galvanomètre en fait foi. Mais ce que ne peut dire le galvanomètre, c'est que cette quantité leur a été transmise avec une *pression électrique* ou force électromotrice trois fois plus grande pour l'un que pour l'autre.

Deux courants, parce qu'ils ont la même intensité, ne peuvent donc pas être considérés comme équivalents au point de vue de l'action physiologique. Les effets chimiques et magnétiques du courant dépendent uniquement de la quantité d'électricité en mouvement dans le circuit; les effets thermiques et mécaniques dépendent à la fois de cette quantité et de la force électromotrice qui détermine ce mouvement (Loi de Joule).

Or, dans l'état présent de la science, il est impossible de dire dans quelle mesure l'action du courant sur l'organisme doit être rapportée à ses propriétés chimiques ou aux thermiques et mécaniques. N'avoir en vue que la quantité c'est donc rester de propos délibéré dans le vague; cette méthode est tout aussi défectueuse et au même titre que celle qui n'envisage que la force électromotrice. Une force électromotrice donnée peut produire des intensités très diverses; à tel point que certaines indications sur le nombre des éléments à employer dans tel ou tel cas que l'on rencontre dans les auteurs qui continuent à se servir de ce mode d'évaluation, seraient absolument dangereuses pour des individus à résistance très faible. De même, pour obtenir une intensité donnée, il faudra recourir à des forces électromotrices très diverses. On ne pourrait éviter cette double incertitude que si l'on connaissait à l'avance la résistance du circuit et on ne la connaît pas.

La seule manière rationnelle de doser les courants est donc de spécifier à la fois la force électromotrice et l'intensité, suivant l'usage adopté d'ailleurs dans l'industrie. Ainsi se trouve entièrement réservée la question capitale de l'influence respective des deux facteurs de l'énergie électrique sur ses effets physiologiques; on se donne en même temps le moyen de la résoudre. Il serait intéressant de comparer à ce point de vue (de la force électromotrice et de l'intensité) les opérations usuelles de l'électrothérapie et ses appareils. Car les considérations que nous venons d'indiquer relativement au courant très galvanique s'appliquent aussi aux autres formes de décharge électrique. Nos appareils actuels peuvent être considérés comme les extrêmes d'une série dont la partie intermédiaire manque. D'un côté, les machines électriques avec un potentiel énorme et une intensité minime; de l'autre, les piles à faible potentiel et à intensité relativement grande. Entre les deux, un hiatus qu'il pourrait y avoir lieu de combler.

Indiquons maintenant les avantages immédiats de ce dosage rationnel. Connaissant la force électromotrice et l'intensité du courant qui traverse une partie du corps, on en tire par une simple division la valeur de la résistance de cette partie; or, nous avons montré depuis longtemps que la résistance est un élément important d'appréciation clinique (diminution caractéristique de la résistance dans le goitre exophthalmique, son augmentation dans l'hystérie, etc.).

De plus, en multipliant la force électro-motrice par l'intensité, on obtient en voltampères ou watts (le watt représente à très peu de chose près un dixième de kilogrammètre par seconde) l'énergie du courant qu'il peut être utile de connaître. Notons cependant que l'indication seule de l'énergie n'aurait aucune signification relativement à la valeur physiologique du courant. La raison en est très simple : une énergie de 20 watts (ou 2 kilogrammètres par seconde) représente indifféremment le produit de 20 volts par 1 ampère ou celui de 20 ampères par 1 volt, ou celui de 40 volts par un demi-ampère et ainsi de suite. A nombre égal de watts il est clair que le courant de grande intensité et de faible force électro-motrice exercera sur l'organisme une action tout autre que le courant de constitution inverse. Ce qu'il importe de connaître, ce n'est pas l'énergie totale, mais bien la valeur respective, variable à l'infini pour un même produit, de ses deux facteurs.

Quant à la manière de noter et d'énoncer la double indication dont nous venons de reconnaître la nécessité, voici ce qui nous paraît le plus commode : au lieu de dire, par exemple, qu'un courant est fourni par une force électro-motrice de 25 volts et a une intensité de 15 dix millièmes d'ampère, on dirait un courant de 25 *pour* 15 dix millièmes; étant établi que des deux nombres séparés par le mot pour, le premier indique les volts et le second (qui est toujours une fraction) les ampères. Cette convention restera encore mieux dans la mémoire si on remarque que le produit des deux nombres serait exprimé en voltampères.

Reste à déterminer une méthode simple et suffisamment exacte pour obtenir rapidement la mesure de l'intensité et celle de la force électro-motrice. Relativement à l'intensité, nous n'avons, on le conçoit, à proposer aucune innovation essentielle. Cependant, au galvano-

mètre horizontal ordinaire nous avons substitué le galvanomètre Deprez-d'Arsonval à aiguille verticale. Cet instrument est trop connu pour qu'il soit utile d'en donner la figure. Il est complètement apériodique, ce qui constitue pour l'usage médical un avantage précieux. Avec les instruments ordinaires il est en effet impossible de noter l'intensité nécessaire à certaines réactions, le malade ne pouvant endurer le passage du courant jusqu'à ce que l'aiguille ait pris sa position d'équilibre. En outre, au lieu de la graduation habituelle en milliampères, trop grossière pour la plupart des observations, nous continuons à compter par dix millièmes d'ampères.

L'instrument indique jusqu'à 200 dix millièmes et comme les divisions sont très espacées on peut apprécier des différences d'intensité encore plus petites. Si, pour des applications exceptionnelles, on avait à mesurer des intensités supérieures, il suffirait de diminuer la sensibilité de l'instrument au moyen d'une dérivation convenable.

L'évaluation de la force électro-motrice, d'après le nombre des éléments comme on la donne généralement en électro-diagnostic, est par trop incertaine à cause de la polarisation et de l'usure des piles. Elle doit donc être faite au moyen d'un instrument. Nous utilisons pour cet objet le galvanomètre qui sert à la mesure de l'intensité. Un commutateur spécial est disposé de telle sorte que, par le simple déplacement d'une manette, le galvanomètre est mis à volonté dans le même circuit que les électrodes, ou en *dérivation*. Dans ce dernier cas, au moyen d'une résistance additionnelle, il fonctionne comme *voltmètre* et indique la différence de potentiel existant entre les bornes de l'appareil ou, ce qui revient au même, entre les électrodes. L'instrument est gradué pour cinquante volts ; chacune des deux cents divisions dont nous avons parlé représente donc un quart de volt (ou 0,25) et de même que pour l'intensité, l'écartement des divisions permet d'apprécier des différences encore moindres.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que lorsque le galvanomètre est mis en dérivation, une résistance compensatrice le remplace dans le circuit principal, de sorte que le courant ne subit aucune variation.

Enfin, le commutateur présente deux autres bornes qui permettent de prendre la dérivation sur une portion quelconque du circuit et de mesurer, par exemple, la différence du potentiel entre deux points du corps autres que ceux d'entrée et de sortie du courant.

Grâce à ces dispositions, on détermine la force électromotrice et l'intensité d'un courant en moins de temps qu'il n'en faudrait avec un galvanomètre ordinaire pour avoir l'intensité seulement. S'il s'agit de trouver la résistance, il n'est même pas besoin d'attendre que le courant ait pris son régime définitif. On doit faire alors trois lectures successives : une de l'intensité, une de la force électro-motrice et une encore de l'intensité. Le nombre de volts divisé par la demi-somme des dix millième d'ampère donnera la résistance avec autant d'exactitude que des méthodes plus laborieuses.

En résumé : 1° Nous avons voulu montrer que le dosage rationnel des courants doit reposer sur l'évaluation simultanée de la force électro-motrice et de l'intensité ; 2° nous avons indiqué une disposition instrumentale permettant de réaliser cette double évaluation dans la pratique ordinaire.

Le commutateur spécial a été étudié et exécuté par la maison Bréguet. R. VIGOUROUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 janvier 1887. — PRÉSIDENCE DE MM. TRÉLAT ET SAPPEY.

M. TRÉLAT, président sortant, avant de quitter le fauteuil présidentiel, fait un résumé des travaux accomplis durant l'année 1886, rend hommage aux membres décédés dans le courant de l'année et souhaite la bienvenue aux nouveaux membres récemment élus.

M. SAPPEY, en prenant possession du fauteuil présidentiel, exprime les remerciements de l'Académie au bureau sortant et invite M. Hérard, vice-président, à prendre place au bureau.

Election d'un membre correspondant national dans la première division. Votants : 56 ; majorité 29. Au premier tour de scrutin M. CARLET (de Grenoble) est élu par 39 voix, contre 7 voix données à M. Picot (de Bordeaux) ; 6 à M. Mauricet (de Vannes) ; 2 à M. Ossian-Bonnet (de Rio-de-Janeiro) ; 1 à M. Marquez (d'Hyères) ; 1 bulletin blanc.

M. PETER fait une communication sur *un cas de mort par rage paralytique après les inoculations antirabiques et intensives.* Ce cas a été observé dans la clientèle de M. le Dr Miquel. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, mordu à un doigt de la main par le chien, reconnu enragé, de son patron. Ce jeune homme, non cautérisé immédiatement, se rendit au laboratoire de M. Pasteur quarante-huit heures après sa morsure. Là, les inoculations furent pratiquées dans la région des hypochondres suivant la nouvelle méthode intensive de M. Pasteur, trois fois par jour, durant douze jours. Le 12 décembre dernier, ce jeune malade éprouva un symptôme prémonitoire d'une importance considérable, à savoir une douleur, qui bientôt devint constante, au niveau de la cicatrice des piqûres des inoculations antirabiques, et non pas au niveau de la cicatrice de la morsure du doigt. Bientôt, malaise général et sentiment d'extrême faiblesse. La journée du dimanche se passe dans l'immobilité et la tristesse. Le lundi, la faiblesse augmente ; le malade ne peut quitter la chambre et prend à peine quelque nourriture. Le mardi, il s'alite définitivement et meurt le jeudi, six semaines après la morsure. M. le Dr Miquel constata sa mort et la présence d'une bave écumeuse à la bouche. Les renseignements, donnés à M. Miquel le 16 décembre et à M. Peter le 30 décembre, établissent qu'il y a eu, le 3e et le 4e jour de la maladie, des spasmes de la gorge, de l'impossibilité à avaler les liquides. Il n'y a jamais eu de convulsion, mais de la faiblesse et de la paralysie. M. Peter insiste sur deux points. Le premier, c'est que les douleurs prémonitoires se sont montrées non pas au niveau du doigt mordu, mais au niveau des piqûres faites par les inoculations antirabiques ; le deuxième, c'est que les symptômes n'ont pas été ceux de la rage ordinaire, puisque (à part les spasmes œsophagiens) les accidents dominants ont été non convulsifs, mais paralytiques.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne trouve pas que le fait rapporté par M. Peter soit concluant. Dans l'espèce, il s'agit d'un jeune homme mordu par un chien enragé, traité par les inoculations intensives antirabiques, et mort ultérieurement avec de l'écume à la bouche. Or, ces données sont insuffisantes pour déclarer que ce jeune homme est mort de la rage et battre en brèche le traitement de la rage. La pluralité des symptômes de cette maladie manque : l'aérophobie, l'hydrophobie, la sputation continuelle. La rage paralytique, enfin, est exceptionnelle chez l'homme M. Du-

jardin-Beaumetz pense qu'il convient de se défier des coïncidences et de ne pas porter à la légère le diagnostic de la rage. A ce sujet, il rappelle le cas d'un enfant, mordu par un chien enragé, traité par la méthode intensive, et qui, un mois après, ayant reçu un coup de coude dans le côté, éprouva une vive douleur à ce niveau, s'alita et mourut avec des phénomènes convulsifs. On incrima la maladie rabique. Or, l'autopsie fut faite et le bulbe, inoculé à des animaux, ne détermina pas la rage. Cet enfant avait succombé à des accidents de nature urémique.

M. BROUARDEL rapportera prochainement l'observation de l'enfant dont vient de parler M. Dujardin-Beaumetz. Dans ce cas, les urines n'avaient pas été examinées et contenaient une notable quantité d'albumine.

M. PETER, à l'occasion de son observation, pense que les inoculations dites préservatrices sont seules susceptibles de faire mettre en doute son diagnostic. S'il n'en avait pas été ainsi, personne ne songerait à admettre que son malade est bien mort de la rage. A côté du fait rapporté par M. Dujardin-Beaumetz, M. Peter mentionne le cas d'un individu mordu par un loup enragé et qui, neuf mois après, à la suite d'une blessure sur le bras mordu, ressentit une vive douleur et mourut de la rage, quelques instants après. Quoiqu'il en soit, M. Peter reste convaincu que son malade est mort de la rage, malgré le traitement intensif.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ estime qu'on ne saurait être trop réservé pour établir le diagnostic de la rage dans des circonstances semblables; certains symptômes, en effet, peuvent en imposer à tort pour faire admettre la rage. Ce diagnostic scientifique ne doit être admis qu'après avoir pratiqué des inoculations avec le bulbe du sujet présumé mort de la rage.

M. CHAUVEAU fait observer à M. Peter que la rage paralytique n'est pas une rage de laboratoire, car elle s'observe souvent chez les animaux mordus. L'immunité provoquée par les inoculations n'est jamais absolue. Et, en supposant que le malade de M. Peter soit réellement mort de la rage, cela prouverait que les inoculations ont été inefficaces et rien de plus. Les phénomènes prémonitoires au niveau des points inoculés ne sont pas plus démonstratifs, car ces phénomènes locaux font souvent défaut et s'observent quelquefois sans que la rage apparaisse.

M. VERNEUIL croit que M. Peter a abusé du « post hoc, ergo propter hoc » ; son observation n'est pas assez détaillée pour faire admettre que son malade soit mort de la rage.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 *octobre* 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

9. Bec de lièvre génien double. — Appendices congénitaux de la face. — Anomalies de l'oreille externe, absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de trompe d'Eustache. — Arrêt de développement du maxillaire inferieur. — Absence d'articulation temporo-maxillaire droite; par M. ROULLAND, interne des hôpitaux.

Delar... (Marie), âgée de trois jours, et paraissant née à terme, est apportée aux Enfants-Assistés ; elle présente, entre autres anomalies de développement, un bec de lièvre génien double, qui empêche la succion. Malgré le gavage, elle meurt au bout de onze jours. Elle offre à considérer des imperfections portant sur la bouche, l'oreille et la mâchoire inférieure :

1° La bouche est largement fendue et mesure un peu plus de 5 centimètres. Cet élargissement de l'ouverture buccale s'étend davantage à droite qu'à gauche, et une différence dans la forme du rebord labial, ainsi que dans l'aspect de la muqueuse, indique parfaitement le point où aurait dû siéger la commissure normale. A partir de ce point, en effet, les lèvres deviennent aplaties et sont comme fuyantes en arrière; de plus, la peau se continue jusqu'à l'extrémité libre de ces replis. Ces caractères se retrouvent sur une étendue de 2 centimètres à droite et de 1/2 centimètre à gauche. La fente buccale n'est pas horizontale, mais un peu oblique en bas et à droite : cette direction est probablement due, en partie, à une anomalie du maxillaire inférieur sur laquelle nous reviendrons bientôt. — Sur le prolongement de la bouche, à gauche, et à 1 1/2 centimètre de la commissure, est une petite dépression de la peau, sans orifice ni trajet, entourée d'une couronne de poils de 5 à 8 millimètres, bruns, raides et disposés en rayons.

2° Tandis que l'oreille gauche n'a rien de spécial à noter, l'oreille droite, au contraire, présente les caractères suivants : Le pavillon est à sa place normale et bien conformé; le lobule est seulement un peu incomplet, l'oreille n'étant pas très détachée de la joue, à cette extrémité. — L'orifice du conduit auditif est oblitéré complètement par un pont cutané, qui, sans ligne de démarcation, se confond tout autour avec la peau de l'oreille et de la joue. Le tragus est bien formé. — Immédiatement en avant et au-dessous du tragus et se dirigeant obliquement en bas et en avant, se trouve un bourrelet d'apparence cutanée et circonscrivant une dépression. Ce bourrelet a 1 centimètre de longueur et 5 à 6 millimètres de largeur ; il est étranglé par le milieu et la partie inférieure est plus saillante que la supérieure. Cette saillie est de 3 millimètres environ. En arrière, le bourrelet rejoint le tragus qui concourt à sa formation. La peau normale le recouvre; sa consistance est molle. La dépression centrale est allongée dans le même sens ; le stylet qui l'explore est arrêté immédiatement et ne peut trouver aucun trajet. La peau, détachée des parties profondes, laisse voir à ce niveau une sorte de couronne cartilagineuse répondant à la base du bourrelet, quoique moins large que celui-ci, et manquant au centre qui correspond à la dépression cutanée. — Mentionnons enfin, du côté de la peau, au dessus du tragus, un appendice conique long de 4 millimètres, large de 2 millimètres à sa base et se tenant droit, bien que non rigide et s'inclinant à la moindre pression. — L'examen de la région osseuse temporale montre qu'il y a absence totale de conduit auditif, d'oreille moyenne et de trompe d'Eustache. L'oreille interne paraît normale. — Aucune de ces anomalies n'existe à gauche.

3° Quant au maxillaire inférieur, normal dans sa moitié gauche, il était ainsi altéré dans son autre partie. Le menton est reporté très à droite de la ligne médiane du visage. La partie horizontale, un peu augmentée suivant son épaisseur, en avant, décrit une courbure exagérée et se reporte en dedans à son extrémité postérieure. Cette extrémité s'effile subitement et ne supporte pas de branche montante; elle est seulement terminée par une lamelle osseuse très mince et longue de 2 millimètres environ. Il n'y a donc ni angle ni apophyse coronoïde et condylienne, ni tête articulaire. A la petite pointe osseuse qui les remplace viennent s'attacher les muscles et les ligaments qui suspendent le maxillaire aux os de la tête. Rien à noter du côté des dents. De plus, absence totale de cavité glénoïde et distance d'environ 1 centimètre entre la base de l'apophyse zygomatique et l'extrémité du maxillaire, d'où mobilité complète en tous sens. L'os malaire droit est un peu plus petit que le gauche. — Rien de particulier du côté du crâne, du cerveau ni des autres organes.

Ainsi donc, pour nous résumer, nous voyons réunis chez le même sujet : bec de lièvre génien double plus étendu à droite qu'à gauche; appendices congénitaux de la face; absence totale de conduit auditif, d'oreille moyenne et de trompe d'Eustache ; atrophie du maxillaire inférieur portant essentiellement sur la branche montante droite ; défaut de cavité glénoïde et, par suite, d'articulation temporo-maxillaire droite.

REMARQUES. — Le bec de lièvre génien est une anomalie assez rare. Les quelques faits mentionnés étaient restés épars jusqu'à ce que Debout vint les réunir et les étudier dans son mémoire, (Bull. thérap. 1862). Il rappelait le cas de Muralt (1715), celui de Langenbeck (1822), ceux de Fergusson (1853), celui de Colson (1860) et de Rynd (1861). L'année suivante, Pelvet (Société de Biol.) reprenait ce travail à propos d'un cas de fissure génienne se prolongeant

en sillon jusqu'à la tempe gauche. Depuis, nous n'avons pas trouvé, dans les Bulletins de la Société anatomique, ni dans les recueils principaux, de faits analogues. L'élargissement de la bouche peut être, on le sait, considérable; dans le cas de Muralt, il s'étendait jusqu'aux deux oreilles. En général, la difformité est plus accusée d'un côté que de l'autre. Quand l'enfant vit, on y remédie facilement par une opération que Langenbeck a pratiquée le premier et qu'il paraît convenable de n'entreprendre que vers trois ou quatre ans. (Debout.)

Mais Debout, puis Pelvet, ont eu le mérite d'attirer l'attention sur les malformations presque toujours concomitantes de l'oreille. Dans deux cas de Fergusson, le tragus était tiré en bas vers le côté de la face et se trouvait à 1 centimètre au dessous et en avant de sa situation normale. Le sujet de Colson portait une petite tumeur cutanée sur le tragus refoulé; celui de Rynd avait une division du lobule de l'oreille. Il y a donc là un rapport évident et plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois où l'on s'occupait à peine de la difformité auriculaire.

Les anomalies de l'oreille, telles que notre observation les présente, sont également très rares; elles ont été étudiées surtout par les auristes: Bonnafont. — Jœger, — Toynbee, etc.), — Pomeroy (Medic. News, 1884), — Mason (Lancet, 1879). Toujours plus fréquentes à droite (Carré, Th. Paris, 1877), elles s'accompagnent presque toujours, lorsqu'elles sont aussi complètes, de vices de conformation des os de la face. L'oreille interne, par contre, dans le plus grand nombre des cas, reste parfaitement intacte; il n'en est pas de même de l'état intellectuel des individus qui, parfois, sont complètement idiots.

L'altération osseuse la plus fréquente est celle du maxillaire inférieur. Atrophié dans l'une de ses moitiés, celle qui correspond à l'anomalie auriculaire, il est surtout atteint au niveau de sa branche montante et de sa tête articulaire. Celle-ci n'existe pas ou est méconnaissable, écartée de la cavité glénoïde, qui, elle-même, est modifiée. Il existe de ce côté une mobilité anormale et ce sont les cas décrits sous le nom de luxation congénitale. Les faits rapportés de luxation congénitale de la mâchoire sont peu nombreux; surtout ils entraînent peu la conviction. J. Guérin (Leçons sur les lux. cong. 1841), cite un cas pris sur un fœtus dereneéphale. Le fait de Smith (Journ. de chirur, 1844. — Robert, thèse de prof. 1851), nous montre une tête articulaire imparfaitement développée, distante de la cavité glénoïde d'au moins un quart de pouce. Encore n'y avait-il pas de cavité articulaire et la racine transverse de l'apophyse zygomatique n'existait pas. Le côté droit du maxillaire était atrophié jusqu'à la ligne médiane et l'extrémité postérieure très recourbée en dedans était tout ce qui représentait la tête articulaire. Malgaigne (Traité de chir., II) regarde ces faits comme des difformités. O. Weber, au contraire (in Pitha et Billroth), considère comme réelle la luxation de Smith. Il cite un autre cas de Vrölick qui trouva chez un homme adulte la mâchoire inférieure d'une petitesse telle que les incisives inférieures touchaient à peine les canines supérieures; de plus, le maxillaire pouvait être facilement déplacé en avant et en arrière de la cavité articulaire. Langenbeck a vu un maxillaire atrophié, mais portant une apophyse coronoïde assez longue pour aller se placer derrière l'os malaire, ce qui gênait l'alimentation; il reséqua l'apophyse. Avec Vrolick et Hueter (Virch. Archiv., 1864). Weber pense que cela dépend en grande partie du développement incomplet ou de l'absence de germes dentaires des molaires postérieures. Canton Pathol. soc. transac. 1861), décrit bien les malformations observées chez une fille de seize ans. L'orifice normal du conduit auditif était caché par un repli cutané et reporté à 2 pouces en avant de sa position ordinaire. De plus, pas d'apophyse zygomatique; surface lisse représentant la cavité glénoïde. Absence totale de branche montante gauche: à la place, deux petites pointes osseuses où s'attachaient muscles et ligaments. Dents normales, à part la dent de sagesse, qui manquait. Ogston (Glascow, méd. juin 1874), conclut de son étude que les difformités congénitales du maxillaire inférieur sont très rares, mais que la luxation congénitale n'a été rencontrée, dit-on, que dans un seul cas, imparfaitement relaté. Enfin signalons le cas où S. Moos et Steinbrügge (Zeit. fur Ohren, C. X) ont trouvé un pavillon moitié plus petit que l'autre et situé sur la branche montante du maxillaire, atrophiée d'ailleurs. Le conduit auditif, l'apophyse styloïde et le cartilage de la trompe manquaient.

Tous ces faits semblent bien concluants et ne plaident guère en faveur de l'hypothèse de la luxation congénitale; il n'y a pas luxation, puisqu'il n'y a ni cavité ni tête articulaire. La luxation congénitale n'existe-t-elle donc pas? M. Desprès a montré (Soc. de chir., 1877), un sujet dont le maxillaire inférieur était très petit, entrait dans la voûte palatine et se mobilisait très facilement à l'articulation. La langue était atrophiée. Pelvet, chez son malade, avait constaté que la tête du condyle ne se sentait plus à sa place habituelle, mais on ne pouvait percevoir sa position. Ces deux cas sont cliniques et manquent de contrôle anatomique. Le seul fait qui paraîtra authentique est celui de Faucon, rapporté par Magitot (Annales de Gyn., 1875, p. 81). Une tumeur volumineuse, adhérente au maxillaire, avait produit une luxation gauche; le condyle était au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique; la tumeur enlevée, la luxation put être réduite. — Mais on voit que ce fait n'est nullement comparable aux précédents.

De l'étude des observations ci-dessus mentionnées, on peut conclure: que les difformités de la face sont souvent unilatérales, qu'elles portent plus fréquemment sur le côté droit et qu'elles s'associent entre elles, surtout la malformation de l'oreille et celles du maxillaire inférieur. On peut conclure encore que la luxation congénitale de la mâchoire n'est rien moins que prouvée; les cas présentés sous ce titre ne comprenant que des vices de forme très accusés pour la plupart.

Quant à la cause des anomalies de notre sujet, on peut chercher à les expliquer de la façon suivante: Le bec de lièvre génien provient d'un arrêt dans le développement de la joue; l'absence d'oreille et l'atrophie du maxillaire reconnaissent vraisemblablement la même origine: soudure trop étendue de la première fente branchiale, si l'on admet la théorie de Meckel, Coste, Cusset, etc. Défaut d'invagination ectodermique et prolifération trop grande de la masse d'origine protovertébrale qui s'interpose entre les deux premiers arcs branchiaux, si l'on se range à l'avis de Baer, Urbantschitsch, Moldenhauer. Rappelons seulement, à propos des appendices congénitaux de la face, les cas rapportés par M. Lannelongue (Soc. de chir. 1882) et leur origine probable (tirée du cartilage de Meckel.)

M. Moutard-Martin a observé récemment un enfant qui présentait la même malformation de l'oreille, également avec atrophie de la branche du maxillaire inférieur, d'où une asymétrie frappante de la face. La surdité était complète. Les lèvres étaient normalement conformées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 janvier 1887. — Présidence de M. Horteloup.

M. Pozzi, à propos du procès verbal, fait remarquer que, s'il y a eu rétrécissement de l'intestin après sutures multiples, chez le malade opéré par lui et M. Trélat et dont il a été question dans les deux précédentes séances, ce rétrécissement n'avait pas pu être évité pour plusieurs raisons, et que, d'autre part, ils avaient bien songé à sa possibilité. Ils étaient résolus à intervenir plus tard pour combattre ce rétrécissement si le malade était revenu à la santé.

M. Tillaux vient à cette occasion donner son avis sur cette question des *plaies de l'abdomen avec solution de continuité de l'intestin grêle produites par des balles de petit calibre.* 1° Des balles peuvent pénétrer dans l'abdomen sans blesser l'intestin grêle; 2° Les plaies de l'intestin grêle ne sont pas fatalement mortelles et la guérison spontanée est possible. Il cite un cas où il y a eu en même temps blessure du rein (hé-

maturie) et le blessé a guéri. 3° Etant donné un sujet qui vient de recevoir une balle de petit calibre dans l'abdomen, 3 cas peuvent se présenter : a). Tantôt aucun phénomène local ou général ; probablement la plaie de l'intestin est très étroite et l'intestin vide. Dans ces cas, pas de laparotomie ; immobilité absolue, opium à hautes doses, diète sévère. b). Il y a certainement une lésion de l'intestin et elle est notable. Gaz dans le péritoine, sans tympanite (en effet, la région du foie est sonore à la percussion) ; pas de laparotomie non plus, malgré les signes légers de péritonite. L'opération aggrave l'état du malade. c) Péritonite confirmée, mort presque certaine. M. Tillaux préconise la laparotomie comme ressource suprême. En résumé, pas de laparotomie aux débuts des accidents, mais seulement à la fin quand la situation est désespérée.

M. Desprès soutient et essaie de défendre les idées de M. Tillaux. Il insiste sur la diète absolue (pas même boire) et sur la bande de diachylum destinée à obturer la plaie de l'abdomen.

M. Lefort. — Pour lui, il ne faut pas intervenir quand il n'y a pas d'accidents. Mais, dès que les accidents apparaissent, ne pas attendre. Quand la péritonite est des plus manifestes, que l'état général est très grave, la laparotomie n'est qu'une opération *in extremis*.

M. Pozzi fait remarquer l'importance de la *direction de la blessure*. Le calibre de la balle n'est pas tout. Une petite balle peut produire de grandes plaies si elle pénètre très obliquement dans l'abdomen.

M. Bouilly. — Ce n'est que la *réaction péritonéale* qui, par son intensité plus ou moins grande et variable suivant les cas, doit au début servir de base à la discussion lorsqu'on se demande si oui ou non on doit opérer. Et cette réaction varie aussi avec ce qu'il y a dans le péritoine : matières fécales, urine, sang, bile. Il a opéré un malade atteint de péritonite par suite d'un épanchement de sang dans l'abdomen, consécutif à un ulcère du duodénum. L'opération a eu lieu 18 heures après l'hémorrhagie intra-péritonéale. M. Bouilly a ouvert le ventre, enlevé le sang, lavé le péritoine, et le malade n'a pas succombé aux suites de l'opération. Il est mort d'hématémèse 10 jours après, conséquence de son ulcère.

M. Farabeuf lit un rapport : 1° Sur 8 cas de *kélotomie* (7 succès), dont les observations ont été adressées à la Société par M. Piéchaud (de Bordeaux) ; et sur 2 cas de *désarticulation de la hanche par dissection*. M. Piéchaud insiste sur les avantages de ce procédé opératoire, qui est assez rapide et qui rend très facile l'hémostase.

M. Polaillon fait un rapport oral sur un mémoire de M. Auffret intitulé : *Restauration de la face dans les cas de cancroïde de cette région ;* rien de neuf, sauf un cas inédit.

M. Régnier présente un morceau de péroné enlevé chez un malade atteint d'ostéomyélite chronique prolongée de cet os. Il a fait la résection du péroné, en laissant en place les épiphyses (incision d'Ollier). Les suites de l'opération furent bénignes. La régénération du péroné est presque complète sur ce sujet ; il ne reste qu'un tractus fibreux de 4 centimètres entre les deux fragments osseux régénérés en haut et en bas. On n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux dans l'os malade.

M. Bouilly montre deux ovaires malades avec leurs trompes, qu'il a enlevés par laparotomie le matin même. L'ovaire gauche est atteint comme le droit, mais il l'est moins. Il s'agit d'*ovarite chronique suppurée double, avec salpingite double*. Dans l'ovaire droit, il y a une série de petits foyers purulents.

M. Quenu montre une *rupture spontanée du rectum* et insiste sur la rareté du fait et sa pathogénie probable.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 décembre 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté un nouveau médicament, *l'acétanilide*. Après avoir constaté qu'à la dose de 1 à 2 grammes l'acétanilide ne produisait aucun effet physiologique appréciable chez l'homme sain et qu'il était impossible avec les réactifs les plus délicats de déceler son passage dans les urines, l'auteur n'en conclut pas moins que ce produit a une action particulière sur l'axe cérébro-spinal. A la dose de 1 à 2 grammes, il diminue l'hypéréxcitabilité médullaire. De ce fait, il calme ainsi que l'ont indiqué M. Lépine et Charcot, et lui-même, les douleurs fulgurantes des tabétiques. On l'administrera dans du vin ou dans l'élixir de Garus par fractions de 0,50 centigr. Dans un cas, l'auteur a pu de cette façon faire cesser les accès convulsifs d'un épileptique, mais cette médication est encore à l'étude.

M. C. Paul n'a obtenu aucun effet en donnant l'acétanilide à la dose de 0,25 à 0,50 cent. par jour. Il faut se défier de l'influence morale que possède toujours un nouveau médicament.

M. Dujardin-Beaumetz répond que la dose employée par M. C. Paul est notamment insuffisante. En réponse à une question de M. C. de Gassicourt qui lui demandait quelle était la variété d'épilepsie que présentait son malade, l'auteur dit que le patient était porteur d'une atrophie du bras droit datant de l'enfance et que les attaques avaient débuté à l'âge de 2 ans. Il offre des antécédents neuropathiques héréditaires. Le diagnostic de la variété d'épilepsie est donc difficile ; d'ailleurs, il ne faut encore juger en rien du traitement, car ces accès sont d'habitude assez espacés.

M. C. de Gassicourt se propose d'employer l'acétanilide chez un épileptique pur qu'il observe depuis longtemps et chez lequel tous les médicaments ont échoué.

M. Blachez a expérimenté les injections rectales gazeuses suivant le procédé préconisé par le Dr Bergeon. Chez trois malades et surtout chez deux, il est survenu une amélioration notable consistant surtout dans la disparition de la fièvre et la diminution de la toux et de l'expectoration ; une fois il a observé quelques accidents gastro-intestinaux.

M. Petit pense qu'il y aurait intérêt à bien connaître la quantité d'hydrogène sulfuré que met en liberté la décomposition du sulfure de sodium contenu dans les diverses eaux sulfureuses sous l'influence du courant de CO^2 ?

M. Dujardin-Beaumetz emploie une solution véritablement titrée, composée par M. Bardet. La première solution dite *sulfurée* se compose de :

Sulfure de sodium pur	10 grammes.
Eau distillée, q. s., pour	100 c. c.

Un c. c. dégage 10 c. c. d'hydrogène sulfuré lorsqu'on le mélange avec une seconde solution dite *sul-hydrogène :*

Acide tartrique	25 grammes.
Acide salicylique	1 —
Eau distillée, q. s., pour	100 c. c.

15 c. c. des deux solutions mélangées dans le barboteur avec 250 gr. d'eau donnent 150 c. c. d'hydrogène sulfuré à l'instar d'un litre d'eau de Challes.

M. E. Labbé songe à se servir des inhalations d'hydrogène sulfuré employées depuis longtemps, procédé que M. C. Paul dit être insuffisant.

Elections : Sont nommés membres titulaires, section de médecine : MM. Gouel Bardet, Constant Robert ; section de pharmacie : MM. Bocquillon et Blondel. — Correspondant national : M. Poulet. — Correspondants étrangers : MM. Canettoli, S. Marino, C. Fereira, Munos.

Le Bureau est renouvelé ainsi qu'il suit pour l'année 1887 : Président, M. Limousin ; Vice-président, M. Grégory ; Secrétaire-général, M. C. Paul ; Secrétaire, M. Grellety ; Trésorier, M. Guyet.

Gilles de la Tourette.

REVUE DE CHIRURGIE

IV. Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéo-myélite de croissance et entretenues par elle ; par le Dr Lougnon. Thèse de Paris, 1886.

V. Considérations sur une variété nouvelle de luxation de l'Épaule (luxation en arrière et en bas ou rétro-axillaire) ; par le Dr Bottey. 1885.

VI. Traité de chirurgie clinique ; par M. le Dr Tillaux. 1er fascicule (*Affections chirurgicales de la tête*). — Asselin et Houzeau, Paris, 1886.

IV. Des hydarthroses peuvent survenir, en dehors de toutes les causes habituelles, chez de jeunes sujets qui, aupa-

ravant, avaient éprouvé les atteintes d'une ostéomyélite au moment de la croissance. Ces épanchements seraient en rapport avec une forme d'ostéomyélite, celle qui résulte, dit M. Lougnon, de l'exagération du travail ostéogénique. Cet auteur a pris pour sujet de sa thèse inaugurale un travail d'ensemble sur cette question encore mal connue. Les hydarthroses qui surviennent à la suite de l'ostéomyélite de croissance sont rares et s'observent surtout au genou, à la hanche, à l'articulation tibio-tarsienne. Le processus phlegmasique diaphyso-épiphysaire, en retentissant sur l'articulation, est la cause de ces épanchements, qui cliniquement se manifestent par les symptômes ordinaires de l'hydarthrose, mais qui sont remarquables par les poussées aiguës greffées sur l'état chronique et survenant à la suite de trauma ou de fatigue. Le diagnostic ne peut se faire qu'en se basant sur les antécédents, le mode de début, la marche de la maladie et les signes concomitants de l'ostéomyélite.

V. L'auteur a eu la bonne fortune d'observer deux fois une variété de luxation de l'épaule jusqu'à présent non décrite. La première observation a été publiée dans ce journal; la seconde est rapportée en détail dans ce mémoire, dont voici textuellement les conclusions : Il existe une variété de luxation de l'épaule dans laquelle la tête de l'humérus se trouve située à plus de deux travers de doigt au-dessous de l'apophyse acromiale. Si l'on considère la position de la tête humérale relativement au bord axillaire de l'omoplate, on peut l'appeler *rétroaxillaire*. Des signes cliniques spéciaux permettent de la différencier des luxations sous-acromiale et sous-épineuse. Elle représente le premier degré d'un grand nombre de luxations sous-acromiales produites par choc direct. Si la tête humérale remonte ensuite par contraction musculaire, elle va se placer, en effet, sous l'acromion. Il a observé cette luxation rétroaxillaire chez des vieillards dont les muscles n'offrent pas la réaction nécessaire à l'ascension immédiate de la tête. M. Bottey pense que si on ne la rencontre pas chez l'adulte, c'est que cette luxation rétroaxillaire n'est que transitoire et se complète sur-le-champ en devenant sous-acromiale.

VI. Il existe dans la littérature médicale, dit M. Tillaux dans la préface de son livre, des ouvrages de nature différente : les jeunes font des monographies, les vieux publient sous forme de leçons les sujets qui les ont particulièrement occupés et intéressés; les autres rassemblent les matériaux épars et les groupent en un livre classique. Il restait à faire, en ce qui concerne la chirurgie, un *Traité de chirurgie clinique*. Dans le premier fascicule de l'ouvrage que M. Tillaux publie aujourd'hui sous ce titre, on trouvera la description des *maladies chirurgicales de la tête*, agencée d'une façon spéciale, en rapport avec le but indiqué par le titre même du volume. On comprend qu'il soit impossible et d'ailleurs superflu d'analyser chaque chapitre en détail ; nous nous bornerons à quelques réflexions utiles, croyons-nous, à présenter à nos lecteurs pour bien faire ressortir l'originalité de ce Traité de chirurgie d'un nouveau genre. Il ne s'agit pas de critique, — on le pense bien, — mais d'analyse, et nous voulons seulement attirer l'attention sur certaines parties de l'ouvrage. Et d'abord — on peut bien l'avouer sans avoir l'air de rabaisser les mérites du traité en lui-même, — l'introduction nous semble digne de toute l'attention des élèves et des jeunes praticiens. C'est là un chapitre à lire en entier et avec le plus grand soin; il n'y a rien là d'extraordinaire, à la vérité, mais on y trouve écrit, résumé, tout ce que le chirurgien d'hôpital consciencieux s'efforce chaque jour de faire entrer, au lit du malade, en la cervelle de ses auditeurs inexpérimentés, à savoir la meilleure méthode d'examen clinique, la meilleure façon de procéder pour arriver au diagnostic et pour formuler le traitement le plus rationnel. En terminant, M. Tillaux croit bon d'indiquer la manière dont il convient, selon lui, de traiter les plaies, les hémorrhagies, et de pratiquer l'anesthésie chirurgicale.

Qu'on ne cherche pas, dans le corps de l'ouvrage, à propos de chaque affection, son étude anatomique et pathogénique ; tout ce qui n'est pas du ressort de la saine et pure clinique a été mis de côté pour justifier le titre. Si quelques maladies ont été traitées assez brièvement (un exemple seulement, la grenouillette chronique), d'autres, en raison de la compétence spéciale de l'auteur, sont décrites d'une façon plus intéressante, par exemple les affections de l'appareil auditif, la grenouillette aiguë, les tumeurs de la parotide, etc. A propos du cancer de la langue, l'auteur dit (p. 330) : « Diverses causes irritantes locales peuvent déterminer l'apparition du cancroïde de la langue, mais sur un sujet qui porte en lui le germe, ou, si l'on préfère, sur un sujet qui présente un terrain de culture favorable au développement du *microbe*. » M. Tillaux croit-il donc au microbe du cancer? Peu importe ces remarques, c'est un livre trop neuf, trop clair pour qu'il ne soit pas utile aux débutants ; c'est d'ailleurs le complément et le pendant du *Traité d'anatomie topographique*, du même auteur, ouvrage qui est entre les mains de tous.

MARCEL BAUDOUIN.

CORRESPONDANCE

Hygiène et épidémiologie. — La fièvre typhoïde dans l'armée.

Il est des faits en présence desquels on peut se demander si l'idée du progrès, qu'on pourrait croire naturelle chez tous, n'est pas une notion d'ordre trop élevé pour certains esprits, pour certaines collectivités, capables seulement de conceptions routinières et rétrogrades! Un de nos collaborateurs, dans une étude fidèle, exposait ici même, il y a quelques mois (voy. *Progrès médical*, 1886, n° 12, p. 250) la triste vérité sur les conditions, trop faciles et trop nombreuses, de genèse de la fièvre typhoïde dans les bâtiments militaires de La Roche-sur-Yon, où la désolante chronicité du fléau est légendaire! La lettre suivante d'un de nos correspondants de l'ouest n'offre pas moins d'intérêt que la première.

Nantes, le 6 décembre 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Devant l'importance numérique et la sévérité de l'épidémie qui frappa les troupes de la garnison de La Roche-sur-Yon au commencement de l'année 1886, l'autorité militaire licencia temporairement une partie de la population, trop dense pour les locaux occupés, des casernes de cette ville. Depuis cette époque, grâce à de faibles détachements, à la construction de baraquements (plus que médiocres), grâce enfin à une désinfection rigoureuse des locaux par l'acide sulfureux, on pouvait considérer ces derniers comme débarrassés, pour un temps assez long, du miasme typhoïgène. Mais cet état ne pouvait se maintenir qu'à la condition de veiller sans relâche, de ne rien négliger pour assurer la salubrité du casernement, tout au moins de pas perdre d'un côté ce qu'on avait obtenu à grand peine de l'autre. Il ne devait pas en être ainsi.

En passant aujourd'hui à La Roche-sur-Yon, à proximité de la vieille caserne (dite bâtiment A, figurant sous le n° 1 dans le schéma, reproduit par le *Progrès* du 20 mars dernier), notre attention a été attirée par d'importants travaux actuellement exécutés au bord de la cour N.-E., dominant le petit vallon de l'Yon, et aux pieds de laquelle grouille dans l'inondation, la misère et la saleté, la population du faubourg dit d'Equebouille, idéalement insouciante et dédaigneuse des lois de l'hygiène. — Ces travaux, de deux sortes, méritent d'être différemment appréciés: les premiers (les bons!) consistent dans la construction récente, en ce point, de latrines nouvelles, plus spacieuses que les anciennes; les seconds (le revers de la médaille!) consistent dans la démolition et la vidange des anciennes latrines.

Ce qui mérite d'être relevé, c'est que, au lieu d'exécuter ce curage il y a deux ou trois mois, dans de meilleures conditions météorologiques et alors que l'effectif était réduit au minimum, on a attendu et comme choisi des jours affreusement pluvieux, une époque où les hommes exécutent chaque jour, à quelques kilomètres, des terrassements dans des champs de tir ou de manœuvres dont le sol détrempé paraît bien fait pour développer la malaria; c'est enfin le moment de l'incorporation de

plusieurs centaines de recrues, tombant dans ce milieu avec leur organisme vierge et leur parfaite aptitude à la réceptivité des miasmes infectieux !

Ce n'est pas tout : nous avons appris que, négligeant d'employer la pompe atmosphérique, *on pratique le curage des fosses, jour et nuit, à l'air libre, avec des seaux !...* Les exhalaisons méphitiques se répandent au loin et rendent le séjour de la caserne intolérable. Ce procédé primitif est du reste en honneur pour la vidange dans les habitations privées. Ainsi, dans cette bonne ville Vendéenne, on se croirait revenu aux plus beaux jours de 1877 et de 1879 (voy. l'article cité) !...

A côté de cela, nous signalerons un autre desideratum, qui n'est pas à la louange du génie militaire. Il y a quelques mois, une nouvelle fosse d'aisance a été construite : nous l'avions déjà remarquée lors de l'épidémie de l'hiver dernier. Elle se présente sous l'aspect d'un pavillon lilliputien, dans lequel une demi-douzaines d'hommes à peine peuvent prendre place ! Or, ces latrines doivent suffire, à elles seules, à desservir deux corps de logis (c'est-à-dire la moitié du régiment) !... Est-il nécessaire d'ajouter que, vu l'exiguïté des dimensions de la fosse, la vidange y fonctionne presque en permanence. Enfin, il est remarquable qu'on ait eu le soin de l'établir au sud de la première cour et à l'ouest de l'infirmerie, c'est-à-dire juste sur le trajet des vents régnants : grâce à cette malheureuse disposition, les malades et un quart environ de l'effectif reçoivent sans cesse dans leurs chambres les exhalaisons infectes venues de ce pavillon !

Quand nous aurons rappelé que cette caserne est pourvue de plusieurs *puits* dont les eaux, toujours troublées par les variations atmosphériques et les terrassements voisins, sont perpétuellement l'objet d'analyses qualitatives (et même quantitatives : un comble !..), forcément dissemblables à cause de l'essence même de ces eaux ; que la municipalité, pas plus que le génie militaire, me semble disposée à faire quelques sacrifices d'argent pour éviter le sacrifice des hommes, faute d'avoir un régime d'eaux potables, nous croirons inutile d'insister davantage sur les déplorables conditions hygiéniques dans lesquelles on paraît se complaire à maintenir les soldats du 93e ! Si, à une certaine époque, l'encombrement a paru jouer un rôle prépondérant dans la genèse de la fièvre typhoïde dans ce corps de troupe, ce n'est pas une raison suffisante pour excuser l'incurie à l'égard des autres facteurs, non moins importants, des épidémies qui s'abattent sur lui avec une désolante périodicité.

Veuillez agréer, etc. X...

P.-S. — Au dernier moment, nous apprenons que deux cas de dothiénentérie se sont déclarés depuis peu chez des militaires du 93e, et que l'un d'eux mourait au moment même où nous faisions notre correspondance : serait-ce le début d'une nouvelle série ? !...

Est ce donc pour obtenir de si pitoyables résultats que nos confrères de l'armée usent leur ardeur à chercher les causes des épidémies, leur persévérance à les signaler, leur science à les combattre !... Nous nous élevons encore une fois contre de pareils faits, sans être cependant bien assurés d'être entendus. C'est, comme disait Voltaire, la voix de Jean prêchant dans le désert, et que les échos répètent ! — Encore Jean qui, dans sa solitude, n'avait point à redouter d'épidémies, était-il plus heureux que nous, dont les paroles risquent d'être peu répétées, aussi bien que peu méditées, comme la plupart des bons avis !

BIBLIOGRAPHIE

Traité des manœuvres d'ambulance et des connaissances militaires pratiques à l'usage des médecins de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale ; par M. A. Robert, médecin principal, professeur agrégé au Val-de-Grâce, membre correspondant de la Société de chirurgie. — Paris, Doin, 1886 253 figures dans le texte.

Nous avons peut-être tardé quelque temps pour rendre compte de ce livre nouveau et utile : nouveau parce que, chez nous, il n'en existe pas d'autre sur la même matière, et utile, car il révèlera certainement à beaucoup de docteurs en médecine des documents qu'ils ignoraient. En différant cette analyse, nous voulions ne pas être le premier à porter un jugement sur l'œuvre d'un de nos collègues. Aujourd'hui, nous sommes d'autant plus à notre aise pour dire le bien que nous pensons de ce livre, que toutes les appréciations, même les plus exigeantes, ont été favorables à l'auteur.

Quoi qu'on en ait dit, le pansement antiseptique existe depuis de longues années dans les hôpitaux militaires, et s'y pratique librement ; mais il est vrai d'ajouter que la répartition du matériel antiseptique n'est pas faite suivant les besoins des formations sanitaires à l'armée. Que la voiture de chirurgie de l'ambulance numéro 1 possède, en effet, 5 à 6 kil. d'acide phénique et de l'alcool, cela n'empêchera pas le poste de secours de ne pas avoir sous la main, au moment du combat, le pansement antiseptique. Or, d'après tous les chirurgiens étrangers qui ont pris part aux guerres récentes, c'est la façon dont les blessés seront pansés à ce premier échelon, qui décidera leur guérison rapide ou leur mort fatale par l'antique suppuration. Quant au paquet du soldat, il n'en est pas question en France. Son utilité est, en effet, fort contestable et nous comprenons que le gouvernement préoccupé d'économie, n'hésite pas à supprimer des dépenses sur l'opportunité desquelles l'accord n'est pas fait. Qui donc cependant pourrait dire ce pansement dangereux ? Est-il nuisible ? Non. Peut-il rendre d'importants services et sauver des blessés? Assurément, oui. — Ces faits sont déjà d'une haute gravité ; mais enfin si vous le supprimez, ce paquet du soldat, il est de toute nécessité d'approvisionner largement le poste de secours en matériaux antiseptiques. Or, si, dans le premier pansement, vous usez des compresses et de la charpie seuls objets mis à la disposition des premières lignes de secours vous condamnez toute notre chirurgie grave, celle des fractures, des amputations et des résections à la mortalité effrayante qui fut la honte de l'Administration, en Crimée et en Italie.

Nous pensons qu'il y va de l'honneur de la chirurgie d'armée française d'éviter pareil désastre, puisqu'elle est aujourd'hui maîtresse de ses actes.

Nous avons insisté volontiers sur ce point, pour montrer la réforme urgente à exécuter, et ce serait un incident heureusement soulevé si le pansement antiseptique de la première ligne de secours était organisé.

Notre collègue a sagement indiqué, après les chapitres concernant l'approvisionnement des sacs et voitures d'une colonne, les modifications qu'il pensait devoir être introduites dans la disposition et la nomenclature du matériel. Suivant nous, il n'a pas assez insisté sur la nécessité d'une mesure radicale : la suppression de la charpie et du linge non aseptique.

Il y a six ans, à la suite d'une mission au Congrès de Londres, nous avons insisté longuement auprès du ministre de la guerre sur l'inutilité des approvisionnements de charpie, que toutes les puissances éloignent aujourd'hui du matériel des ambulances de guerre. On a continué à placer la charpie et les bandes et les compresses dans les voitures et les paniers de chirurgie. C'est que ces substances représentent, en effet, des sommes d'argent considérables et qu'il faut les user, les consommer, avant d'arriver au pansement antiseptique. A cet encombrement, justifié par une sage économie, mais dangereuse au premier chef pour nos blessés, il faut opposer une mesure transitoire. Ce serait, suivant nous, la transformation en substances aseptiques de tout le stock de l'ancien pansement. Le linge, les bandes, la charpie peuvent être soumis à des manipulations qui transformeraient ce mode de pansement inadmissible aujourd'hui, en matériaux listériens. Le linge, les bandes, doivent être passés dans une solution bichlorurée mercurielle à 2 00/00, puis enveloppés dans une enveloppe imperméable et soumis à une température de 120 degrés. La charpie peut être lavée au chlorure de chaux, séchée et phéniquée, puis comprimée en paquets munis d'une enveloppe imperméable.

Il y aurait là une main-d'œuvre coûteuse, c'est possible, mais au moins la chirurgie de la première guerre ne présenterait plus cette mortalité qui découragea les chirurgiens de Metz, Strasbourg ou de Paris en 1870.

Dans un livre comme celui entrepris par M. Robert, la re-

présentation iconographique doit tenir une large place. Aussi plus de 250 figures rendent les descriptions et les nomenclatures d'une clarté incomparable. C'est assurément le seul et unique procédé d'instruction pour un sujet aussi aride. L'auteur est arrivé à son but : apprendre en regardant.

Le plan du livre nous est indiqué par la table.

M. Robert étudie tout d'abord le service régimentaire : les devoirs du médecin de régiment, l'infirmerie régimentaire, les infirmeries de régiment, les manœuvres des brancardiers, le transport des malades.

Le deuxième chapitre comprend le service de santé en campagne : Aux premières lignes de l'avant, dans l'infanterie, la cavalerie et l'artillerie. L'ambulance est ensuite étudiée dans les fonctions des médecins et autres officiers qui la composent. L'auteur fait connaître la composition des voitures dans les formations numéros 1, 2, 3, et du quartier général. La dernière partie du service de l'avant, comprend aussi les hôpitaux de campagne, variables de quatre à six par corps d'armée,

Dans le troisième chapitre figurent les hôpitaux de campagne *immobilisés*. Ce sont, on le comprend, les hôpitaux de campagne des corps d'armée, qui devaient suivre la marche en avant, mais qui, se trouvant immobilisés par leurs malades, rejoindront, aussitôt les évacuations possibles, le gros de l'armée. C'est là, il faut en convenir, une des complications les plus gênantes de ce service, car combien d'hôpitaux resteront ainsi longtemps immobilisés et ne pourront rejoindre leur quartier général. De plus, nous supposons une marche en avant, mais qu'adviendrait-il dans une marche en arrière? Nul ne le sait, car alors l'ennemi sera maître de ces formations sanitaires.

Après les hôpitaux viennent les dépôts de convalescents, d'éclopés, et le service des étapes, des évacuations et des trains sanitaires.

Ce service des étapes est une création récente dans l'armée française. Il commence immédiatement en arrière de la zone d'action et comprend comme chef de service 1 médecin principal, 2 médecins majors, 1 pharmacien major, 1 officier d'administration des hôpitaux, 7 infirmiers; il règle l'hospitalisation sur place, en cas de besoin, et les évacuations, en se concertant avec les délégués de la Société française de secours aux blessés, que nous voyons apparaître dans cette région.

On le voit, dans notre nouveau service tout est prévu, réglé, depuis le moment où le blessé tombe sur le champ de bataille jusqu'au jour où il est dirigé sur un hôpital de l'intérieur.

Les derniers chapitres sont relatifs à la guerre de siége, au service médical dans les colonnes expéditionnaires, dans la guerre de montagne, même au Tonkin.

Le livre se termine par l'exposé de la Convention de Genève et l'emploi des Sociétés particulières. Disons enfin que l'auteur a voulu donner jusqu'aux notions sur la lecture des cartes, qu'un médecin doit savoir interpréter aux armées. L'Italie, soit dit en passant, en fait l'objet d'un cours spécial pour ses aides majors.

M. Robert a porté le jour sur le service des ambulances et fait connaître la valeur de nos approvisionnements. Pour l'arsenal de chirurgie, il est incontestable que nulle puissance ne possède une série aussi riche d'instruments de toute nature. Les appareils à fracture sont entassés dans nos magasins, et toute sécurité existe sur ce point.

Nous avons, avec d'autres chirurgiens, exprimé dans cette analyse le désidératum important de la chirurgie, et nous avons trop de confiance dans la haute sollicitude du gouvernement en ce qui touche les besoins de l'armée, pour ne pas être sûr que cette réforme, aujourd'hui universellement acceptée, sera bientôt introduite dans le service médical. Cette addition existera, nous n'en doutons pas, dans la quatrième édition du *Traité des manœuvres d'ambulance,* que nous souhaitons à l'éditeur et que nous assurons à l'auteur. F. PONCET

VARIA

Académie des Sciences : Prix proposés pour 1887, 1888, 1889, 1890.

ANNÉE 1887.

Prix L. Lacaze. — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique, sur la chimie et sur la physiologie.

Prix Montyon — Statistique.

Prix Jecker — Chimie organique.

Prix Delesse. — Destiné à l'auteur d'un travail concernant les sciences géologiques ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

Prix Barbier. — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Desmazières. — Décerné à l'auteur de l'ouvrage le plus utile sur tout ou partie de la cryptogamie.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix Montagne. — Décerné aux auteurs de travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou la description des cryptogames inférieurs.

Grand prix des sciences physiques. — Étudier les phénomènes de la phosphorescence chez les animaux.

Prix Bordin. — Étude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du grand Océan.

Prix Bordin. — Étude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud, mammifères et oiseaux.

Prix Savigny, fondé par M[lle] Letellier. — Décerné à de jeunes zoologistes voyageurs.

Prix Montyon. — Médecine et chirurgie.

Prix Bréant. — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Serres. — Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix Chaussier. — Décerné à des travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots.

Prix Montyon. — Physiologie expérimentale.

Prix Gay. — Distribution de la chaleur à la surface du globe.

Prix Montyon. — Arts insalubres.

Prix Trémont. — Destiné à tout savant, artiste ou mécanicien auquel une assistance serait nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Gegner. — Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives

Prix Petit d'Ormoy. — Sciences mathématiques pures ou appliquées et sciences naturelles.

ANNÉE 1888.

Prix Vaillant. — Destiné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des céréales.

Prix du Gama Machado. — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Gay. — Dresser des cartes mensuelles des courants de surface dans l'océan Atlantique. Donner un aperçu du régime des glaces en mouvement aux abords des régions boréales.

Prix Cuvier. — Destiné à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Prix Delalande-Guérineau. — Destiné au voyageur français ou au savant qui, l'un ou l'autre, auront rendu le plus de services à la France ou à la science.

Prix Jérôme Ponti. — Décerné à l'auteur d'un travail scientifique dont la continuation ou le développement sont jugés importants pour la science.

ANNÉE 1889.

Prix de la Fons-Mélicocq. — Décerné au meilleur ouvrage de botanique sur le nord de la France.

ANNÉE 1890.

Prix Dugaste. — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Faculté de médecine de Paris : Nomination de MM. Gariel, Farabeuf et Dieulafoy.

Par décret en date du 30 décembre 1886, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu les présentations faites par le conseil de la Faculté de médecine de Paris et par la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa séance du 27 décembre 1886, M. GARIEL, agrégé de [illegible] de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris ; M. FARABEUF, agrégé de la Faculté de médecine, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'anatomie à ladite Fa-

culté ; M. DIEULAFOY, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

Laïcisation du dépôt de Villers-Cotterets.

Le Conseil général de la Seine, dans sa séance du 29 décembre, sur le rapport de M. Cusset, a invité M. le Préfet de police à laïciser le dépôt de Villers-Cotterets. De plus, il a émis le vœu « que la désaffectation de la chapelle soit prononcée et que les traitements de l'aumônier et du pasteur protestant soient supprimés. » — Cette réforme devra être poursuivie pour toutes les prisons et du département de la Seine et de tous les départements. Le Gouvernement peut réaliser cette réforme à bref délai en faisant appel à toutes les personnes de bonne volonté et en créant des *bourses d'état*, semblables aux *bourses municipales*.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Les médecins des hôpitaux ont été convoqués le lundi 27 décembre dernier, comme nous l'avons dit, à l'effet de désigner trois d'entre eux, parmi lesquels l'Administration choisira celui qui doit remplacer M. Moutard-Martin. Voici les résultats du scrutin : Nombre des votants, 61, sur 121 médecins des hôpitaux : M. Millard, 61 voix ; M. Guyot, 51 ; M. Desnos, 51 ; 16 autres médecins ont eu une ou deux voix. Le résultat est conforme à la décision de la *Société médicale des Hôpitaux* portant que le candidat était M. Millard et que pour se conformer à la loi, exigeant une liste de 3 candidats, on voterait pour les président et le secrétaire général de la Société.—Nous espérons que M. Millard, républicain, ne se montrera pas hostile à toutes les réformes comme son prédécesseur, M. Moutard-Martin, et que tout en tenant compte des « intérêts des médecins des hôpitaux », il placera au premier rang l'intérêt des malades et de l'enseignement.

Conformément à l'arrêté pris en mars 1879 par le Préfet de la Seine, M. Hérold, les médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière — exclus de la précédente élection par M. Brelet, alors secrétaire général, qui par vengeance particulière violait les règlements de son administration — ont été appelés à prendre part à cette élection. Nous croyons que sur tous les autres points, l'Administration se conformera à l'arrêté préfectoral et qu'elle n'oubliera pas que, sauf une réserve, les médecins des services des aliénés « doivent jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives attribuées aux médecins des hôpitaux. »

Ecole d'inspecteurs d'hygiène.

La seconde série des leçons aux inspecteurs sanitaires a été très suivie et le résultat n'est pas douteux, non seulement à cause du grand nombre de personnes qui se sont présentées à l'examen devant l'Institut sanitaire ce mois-ci, mais aussi à cause de la qualité des candidats dont 41 sur 55 ont été reçus. (*British medical Journal*, nov. 20, 86, page 987).

La Crémation.

Le 11 nov., la dixième crémation a eu lieu au crématoire de la Société de crémation d'Angleterre, à St-John's Woking. C'était le corps d'une dame de 41 ans qui fut amené de sa résidence dans le Leicestershire. Les cendres pesaient 1 kilogr. 825. On a dit que le four crématoire était dangereux pendant l'incinération d'un corps, mais c'est complètement faux. Même pour les personnes qui sont autour du four, aucune odeur n'est perceptible, et, à ce point de vue, personne ne peut dire si le four fonctionne ou non. Ceci est dû aux fondateurs de la Société, qui ont choisi le meilleur système existant, approuvé par les autorités de Paris pour l'établissement de la crémation au Père La Chaise. (*British medical Journal*, nov. 20, 1886, page 988).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Farabeuf, Ch. Richet ; — 3e *Série* : MM. Fournier, Gariel, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Lannelongue, Rémy.

MARDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* ; MM. Brouardel, Proust, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Le Fort, Tarnier, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Duplay, Pinard. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. G. Sée, Cornil, Hutinel.

MERCREDI 12. — (Épreuve pratique) Médec. opér. : MM. Lannelongue, Farabeuf, Reclus — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Gautier, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Damaschino, Reynier ; — 3e *Série* : MM. Charcot, Fournier, Ch. Richet.

JEUDI 13. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Le Fort, Laboulbène, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Grancher, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hanot.

VENDREDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, Gariel, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Farabeuf, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

SAMEDI 15. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Cornil, Compenon. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Ball, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hutinel. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Grancher, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Brouardel, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Tarnier, Peyrot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 10. — M. Juéry. Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle cutané (Essai sur leur pathogénie). — M. Ansaloni. Considérations sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus. — M. Cœur. Contribution à l'étude de l'œdème rhumatismal aigu isolé des manifestations articulaires. — *Mercredi* 12. — M. Rumeau. Essai pathogénique de quelques troubles de la conjonctive survenus dans le cours des affections inflammatoires consécutives à des maux de dents. — M. Cornudet. De la dent de sagesse en général et en particulier des accidents provoqués par son éruption (Nouvelles considérations pathogéniques). — *Jeudi* 13. — M. Dimitropoulos. Des dyspepsies nerveuses (Etude pathogénique et critique). — M. Orléanu. Contribution à l'étude de la pellagre observée particulièrement en Roumanie. — M. Peigné. Parallèle entre les présentations de la face et celles du sommet (Diagnostic et mécanisme). — M. Méchin. Contribution à l'étude des monoplégies hystéro-traumatiques. — *Samedi* 15. — M. Maufrais. Sur quelques emplois du fer rouge en oculistique. — M. Galletier. Contribution à l'étude de l'hématocèle vaginale. — M. Callaman. Du rôle de l'eau dans la nutrition.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le Dr FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, tous les jours, excepté le jeudi, à 5 heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales. Un nouveau cours commencera le lundi 17 janvier 1887. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, 4, rue Suger, ou au concierge du cours.

FORMULES

II. Traitement de la trachéo-bronchite. (RUAULT).

Benzoate de soude	4 à 8 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit .	XX gouttes.
Eau distillée de laurier cerise . .	3 grammes.
Sirop de tolu	30 grammes.
Sirop de codéine	30 grammes.
Eau	60 grammes.

Pour une potion ; à prendre en trois ou quatre fois dans les 24 heures. (*France médicale*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 25 décembre 1886 au samedi 1er janv. 1886, les naissances ont été au nombre de 1026 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 356 ; illégitimes, 149. Total, 505. — *Sexe féminin* : légitimes, 381 ; illégitimes, 140. Total, 521.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 déc. 1886 au samedi 1er janv. 1886, les décès ont été au nombre de 1029, savoir : 563 hommes et 466 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 9, T. 17. Variole : M. 1, F. 0, T. 1.— Rougeole : M. 22, F 10, T. 32.—Scarlatine : M 2, F. 0, T. 2.—Coqueluche : M. 0, F. 4, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 19, T. 32.—Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 5, F. 1, T. 6. —Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. 0, F. 0, T. 0.—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 27, F. 21, T. 48. — Phthisie pulmonaire : M. 120, F. 72, T. 192. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 5, T. 10. — Autres affections générales : M. 33, F. 42, T. 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 31, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 18 T. 37. — Pneumonie : M. 32, F. 27, T. 59. — Broncho-Pneumonie : M. 24, F. 14, T. 38. — Athrepsie : M. 18, F. 21, T. 39. — Autres maladies des divers appareils : M. 187, F. 156, T. 343. — Après traumatisme : M. 00, F. 0, T. 00. — Morts violentes : M. 15, F. 5, T. 20. — Causes non classées : M. 15, F. 8, T. 23.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 23. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 10. Total : 41.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les autres questions posées à l'épreuve orale ont été depuis notre dernier numéro : *Nerf radial et paralysie radiale* ; — *Rapports de la trachée : trachéotomie* ; — *ligaments de l'articulation du genou ; corps étrangers articulaires.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par le même décret, M. CHATIN, docteur ès sciences, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—*Clinique d'accouchements.* — Par suite de la retraite du professeur Pajot, M. le Dr PINARD, agrégé, est chargé du service de la clinique d'accouchements et gynécologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — La chaire de physique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir de la présente publication (23 décembre), est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. PUECH, docteur en médecine, est institué, jusqu'au 15 juin 1888, chef de clinique ophtalmologique à ladite Faculté. – M. HÉDON, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé pour une période de 3 ans, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Princeteau, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. BOURGET, licencié ès sciences, est nommé préparateur de physique à ladite Faculté en remplacement de M. Mignot, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. DELPLANQUE, docteur en médecine, est maintenu du 1er janvier au 31 décembre 1887, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE : DONATION PARISE. — Le doyen de la Faculté de médecine de Lille, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 11 septembre 1886, la donation faite par la dame Veuve Parise, d'un capital productif d'une rente annuelle de cent francs pour la fondation du prix biennal.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Un congé, sans traitement, est accordé sur sa demande, pendant l'année scolaire 1886-1887, à M. Martin (J.), préparateur à ladite Faculté.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — La chaire de médecine expérimentale et comparée de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir de la présente publication (24 décembre), est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — La chaire de clinique obstétricale et de clinique médicale sont déclarées vacantes. Un délai de 20 jours à partir de la présente publication (29 décembre), est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — Par décret en date du 30 décembre 1886, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu par les présentations faites par le Conseil de la Faculté des sciences de Poitiers et par la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa séance du 27 décembre 1886, M. GARBE, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. MILNE-EDWARDS (A.), membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé membre de la commission de patronage de la section des sciences naturelles à ladite Ecole (emploi vacant).

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Par décret en date du 30 décembre 1886, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu les présentations faites par le Conseil de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris et par la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa séance du 27 décembre 1886, M. MOISSAN, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. PHISALIX, docteur en médecine et docteur ès sciences, est nommé pour une période de neuf ans, suppléant d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES.—M. DÉRIGNAC (L.-P.), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. CHAPPLAIN, professeur de clinique chirurgicale à ladite Ecole, est maintenu, pour une période de 3 ans, dans les fonctions de directeur.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. MOUTET est chargé, pendant l'année 1886 87, des fonctions de préparateur d'anatomie à l Ecole de médecine de Poitiers.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le Dr TATY (J.-M.), ancien interne de l'Asile de Bron, est nommé pour 2 ans chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lemoine, appelé à d'autres fonctions ; — M. le Dr LAFFITTE, directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Luc, près Pau, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur-médecin en chef honoraire ; — M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, directeur médecin en chef de l'asile de Dijon, est nommé directeur médecin en chef de l'asile Saint-Luc ; — M. le Dr DUMAS, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Dijon, et placé dans la 2e classe de son grade (6.000 fr.) ; — M. le Dr NOLLET, médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Dr VIDAL ; — M. le Dr BELLAT, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Dijon.

DÉDOUBLEMENT DE CERTAINS SERVICES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Le Conseil municipal de Paris a voté le 30 décembre dernier le dédoublement de trois services de chirurgie : l'un à l'hôpital Lariboisière, l'autre à Tenon, et le troisième à l'hôpital Beaujon.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un *Concours* avec titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé pour en obtenir la titularisation. Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours *non fériés*, de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur sont imposées et sur les avantages qui leur sont réservés. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 janvier 1887.

RETRAITE DE M. CHEVREUL. — M. CHEVREUL vient de donner sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle. On annonce qu'il va aussi quitter l'Académie des Sciences, désirant se retirer à Dijon dans sa famille.

HÔPITAUX DE MONTPELLIER. — *Concours des prix de l'internat* : Le concours annuel entre les internes des hôpitaux de Montpellier s'est terminé le 21 décembre. Après une série de bonnes épreuves dont le jury a félicité les concurrents, le classement a été fait de la manière suivante : 1, Estor ; 2, Lapeyre ; 3, Bourguet ; 4, Ranzier ; 5, Jeannel ; 6, Guy. — *Concours de l'internat* : Le 20 décembre s'est ouvert le concours pour deux places d'*internes* dans les hôpitaux de Montpellier. Le sujet de la composition écrite a été le suivant : *Des ophtalmies purulentes.* Les candidats sont au nombre de cinq : MM. Batigne, Castagné, Ducamp, Lafont et Puech. — *Concours pour l'externat. Questions écrites* : Des articulations de la région du coude ; — Description de l'omoplate. *Question orale* : Diagnostic différentiel de la pleurésie et de la pneumonie ; appliquer le spica de l'aine. — Classement : Lugan, Dorte, Castan, Jouve, Foix.

MÉDECINS-SÉNATEURS. — M. le Dr FRÉRY a été récemment élu sénateur de Belfort.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MUGUET (de Lyon), décédé à l'age de 55 ans. — M. le Dr DUCELLIER (de Montmorillon). — M. le Dr SUILLET (de Senlis), décédé à l'âge de 66 ans. — M. le Dr LEBRIS (de la Grande-Sauve, Gironde). — M. le Dr DERAL (de Pontaumur, P.-d.-C.). — On nous annonce la mort, à 31 ans, de M. le Dr GALLIOT, de Houilles (Seine-et-Oise). — M. le Dr VARAILLON, conseiller municipal, mort à 35 ans, à Châtellerault. — M. Victor OUDARD, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés de Belgique.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique gynécologique* : M. GALLARD, Mardi et samedi à 9 heures du matin. Jeudi, examen au spéculum.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(Collection Bourneville).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV-99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75 — Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville ; — Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (n° 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (n° 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique velin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50 ; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584). Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs Legué et G. de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier velin, prix : 6 fr Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé, 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr. — Papier Japon prix : 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 3. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 JANVIER 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

ONZIÈME LEÇON (1).

La vaccination charbonneuse.

SOMMAIRE. — Des inoculations préventives en général ; variolisation ; vaccine de Jenner ; méthode d'atténuation de M. Pasteur : elle s'exerce *in vitro* sur les cultures des microbes pathogènes, en dehors de l'économie animale. — Le choléra des poules, point de départ de la découverte. — Méthode d'atténuation du bacillus anthracis, par la culture à 42°, 43°, au contact de l'air pur. — L'atténuation ainsi obtenue est fixée et se transmet indéfiniment, dans les cultures effectuées ensuite dans les conditions habituelles. — Création de véritables races de virus-vaccins. — La vaccination charbonneuse. — Sa grande portée théorique. — Sa valeur pratique.

Essais d'atténuation du virus charbonneux tentés par M. Burdon-Sanderson et M. Greenfield. — Procédé de M. Toussaint. — Travaux de M. Chauveau sur l'action atténuatrice de la chaleur, de l'oxygène comprimé, de la soustraction d'oxygène. — Atténuation par les antiseptiques (Chamberland et Roux), par la lumière solaire (Arloing). — Conditions générales qui provoquent le phénomène de l'atténuation.

Expériences de M. H. Buchner sur la prétendue transformation du bacillus anthracis en bacillus subtilis et *vice versâ* ; elles n'ont jamais pu être vérifiées.

Messieurs,

A l'histoire du charbon est étroitement liée l'une des plus grandes découvertes de ce siècle, celle de l'atténuation artificielle des virus et des inoculations préventives à l'aide de ces virus ainsi modifiés.

La pratique de l'inoculation de matières virulentes dans un but préventif est une vieille conquête de la médecine ; elle découlait naturellement de la notion de la non-récidive d'un certain nombre de maladies infectieuses. L'exemple le plus frappant de ces contagions artificielles, avantageusement substituées à la contagion naturelle, nous est fourni par la variole. Contractée naturellement, c'est-à-dire par absorption du virus par le poumon ou le tube digestif, la variole est une maladie redoutable et souvent mortelle ; si au contraire le virus vient à être inséré artificiellement sous l'épiderme, il provoque ordinairement des effets très atténués, suffisants cependant pour garantir désormais l'organisme contre le retour de la terrible maladie : c'était là la pratique, séculaire en Orient, de l'inoculation variolique. Ainsi, la contamination artificielle, s'effectuant par une porte d'entrée qui n'est pas celle que choisit la maladie spontanée, suffit dans un certain nombre de cas pour amener une maladie relativement bénigne et qui met à l'abri de celle, beaucoup plus grave, qui résulte de la contagion naturelle. L'inoculation de la clavelée, l'insertion sous-cutanée du virus de la péripneumonie bovine, l'injection intra-veineuse du virus du charbon bactérien peuvent être citées comme d'autres exemples d'atténuation obtenue à l'aide de simples modifications apportées au siège ou au mode d'introduction de l'agent infectieux.

L'admirable découverte de Jenner créa une méthode d'atténuation nouvelle ; elle est basée, en dernière analyse, sur les variations imprimées à l'énergie d'un virus par son passage d'une espèce animale à une autre. Il est vrai que nous ignorons encore si la vaccine est une maladie propre de l'espèce bovine ou chevaline, ou bien si elle résulte de la transplantation et de la transformation de la variole humaine dans l'organisme de ces animaux (1); mais les récents travaux de M. Pasteur sur le rouget et sur la rage montrent que tel virus, transporté d'une espèce animale à une autre et propagé pendant un certain temps dans cette espèce nouvelle, peut s'atténuer plus ou moins dans ses effets quand ensuite on lui fait faire retour à l'espèce qui lui a servi de point de départ.

Toute différente des deux précédentes est la géniale méthode d'atténuation due à M. Pasteur. Ce n'est plus à l'intervention de l'organisme vivant que l'atténuation est demandée ; on s'adresse directement aux agents virulents, cultivés en dehors de l'économie animale, en vase inerte. Sous l'action plus ou moins prolongée ou plus ou moins intense de certains agents modificateurs, la virulence de ces cultures peut être modifiée sans que la vie même du microbe soit compromise ; l'atténuation peut ainsi être graduée pour ainsi dire à volonté, de façon à proportionner la virulence des vaccins obtenus aux réceptivités diverses des races d'animaux et à la solidité de l'immunité que l'on cherche à obtenir. « Dans ces conditions, dit M. Chauveau, l'atténuation est entièrement dans la main de l'expérimentateur, absolument comme s'il s'agissait d'une réaction chimique. » En même temps, M. Pasteur fit cette autre découverte que l'atténuation ainsi conférée à certains microbes peut se transmettre à leurs descendants ; on peut ainsi, en quelque sorte, créer des races nouvelles, chez lesquelles l'atténuation est fixée et se transmet par hérédité.

Si le charbon est l'exemple le plus éclatant et le plus populaire de cette nouvelle méthode d'atténuation, il n'en a pas été l'origine ; on sait en effet que cette découverte a eu pour point de départ les recherches de M. Pasteur sur le microbe du choléra des poules.

Si, dans un liquide nutritif approprié (bouillon neutre de poule, on sème une trace du sang d'une poule qui vient de succomber au choléra, au bout de quelques heures déjà il se produit une culture pure extrêmement abondante du microbe caractéristique. Inoculée, cette culture se montre douée de la même virulence redoutable que le sang infectieux qui lui a donné naissance. Cette virulence, elle la conservera intacte dans les premiers mois ; puis à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'ensemencement, à mesure que la culture *vieillit*, la virulence diminue graduellement et il arrive un moment où elle finit par s'éteindre. Si l'on inocule le microbe

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39, 40 et 44.

(1) « Ce n'est pas, dit M. Chauveau, que l'hypothèse de cette transformation soit moins séduisante ni moins probable qu'autrefois. J'en suis resté le partisan fidèle. Mais il faut se résigner à convenir que personne n'est actuellement en état de faire de la vaccine avec de la variole. Cette opération est restée l'œuvre mystérieuse de la nature, qui nous en dérobe encore les procédés. » (Chauveau, *L'atténuation des virus*, *Revue scientifique*, 1885, n° 20, p. 618).

convenablement affaibli, on provoquera chez la poule une forme atténuée et bénigne de la maladie, mais qui préservera de la forme grave et mortelle ; le virus mortel a été ainsi transformé en un véritable vaccin.

Il y a plus : chacun de ces états de virulence atténuée peut être reproduit par la culture et conserve sa virulence propre ; le microbe qu'on a destitué, au degré voulu, de son énergie, peut faire souche d'une nouvelle lignée de microbes dans lesquels le degré de virulence se trouve contenu dans les limites mêmes où elle a été amenée chez les ascendants ; l'atténuation est devenue un attribut transmissible et fixé par l'hérédité, un véritable caractère de race.

M. Pasteur montra que le facteur essentiel, sinon unique, de l'atténuation est l'action prolongée de l'oxygène de l'air en présence duquel la culture s'effectue ; en effet, si la culture au lieu d'être maintenue au contact de l'air pur, est faite en tube scellé, à l'abri de l'air, elle a beau vieillir, l'atténuation fait défaut ; pour le microbe du choléra des poules, c'est donc bien l'oxygène qui affaiblit et qui ôte la virulence (1).

Pour appliquer ce procédé d'atténuation aux cultures du bacillus anthracis, une difficulté en apparence très grande se présentait : le micrococus du choléra des poules se multiplie simplement par scission et ne donne pas de spores ; la bactéridie charbonneuse, au contraire, dans ses cultures, donne naissance à des filaments qui, très rapidement, au bout de moins de vingt-quatre heures, se remplissent de spores. Or nous savons que ces spores sont extrêmement résistantes et que ni le vieillissement ni l'action de l'oxygène de l'air, même très prolongée, ne modifie en rien ni leur vitalité ni leur virulence. M. Pasteur et ses collaborateurs, MM. Chamberland et Roux, tournèrent la difficulté en empêchant la formation des spores. Dans le bouillon neutre de poule, la bactéridie ne se cultive plus à 45°. La culture y est facile au contraire, et abondante, de 42° à 43°, mais à cette température, les spores ne se forment plus.

« En conséquence, on peut maintenir au contact de l'air pur, entre 42 et 43°, une culture mycélienne de bactéridie entièrement privée de germes. Alors apparaissent les très remarquables résultats suivants : Après un mois d'attente environ, la culture est morte. La veille et l'avant-veille du jour où se manifeste cette impossibilité du développement, et tous les jours précédents, dans l'intervalle d'un mois, la reproduction de la culture est, au contraire, facile. Voilà pour la vie et la nutrition de l'organisme. En ce qui concerne sa virulence, on constate ce fait extraordinaire que la bacteridie en est dépourvue déjà après huit jours de séjour à 42 ou 43° et ultérieurement ; au moins, ces cultures sont inoffensives pour le cobaye, le lapin et le mouton, trois des espèces animales les plus aptes à contracter le charbon. Nous sommes donc en possession, non pas seulement de l'atténuation de la virulence, mais de sa suppression en apparence complète, par un simple artifice de culture. En outre, nous avons la possibilité de conserver et de cultiver, à cet état inoffensif, le terrible microbe. Qu'arrive-t-il dans ces huit premiers jours à 43°, qui suffisent à priver la bactéridie de toute virulence ? Avant l'extinction de sa virulence, le microbe du charbon passe par des degrés divers d'atténuation, et, comme pour le microbe du choléra des poules, chacun de ces états de virulence atténuée peut être reproduit par la culture. Enfin, puisque le charbon ne récidive pas, chacun de ces microbes charbonneux atténué constitue pour le microbe supérieur un vaccin, c'est-à-dire un virus propre à donner une maladie plus bénigne. Quoi de plus facile dès lors que de trouver dans ces virus successifs des virus propres à donner la fièvre charbonneuse aux moutons, aux vaches, aux chevaux sans les faire périr et pouvant les préserver ultérieurement de la maladie mortelle ? » (1).

Morphologiquement, la bactéridie atténuée ne diffère que peu ou point de la bactéridie la plus virulente ; les filaments, cependant, paraissent un peu plus courts et plus divisés et la culture, moins abondante, forme sur les parois du ballon un dépôt uniforme, alors qu'à l'état virulent on la voit le plus souvent, en flocons cotonneux, constitués par de très longs fils. Mais il suffit d'attendre la formation des spores et de faire de celles-ci une culture nouvelle pour voir reparaître les formes de développement de la bactéridie virulente. Fait extrêmement intéressant, les spores ainsi formées fixent les virulences de leurs bactéridies propres ; « autant de bactéridies de virulences diverses, autant de germes dont chacun est prêt à reproduire la virulence de la bactéridie dont il émane. »

Quand la bactéridie charbonneuse a été privée de toute virulence pour le cobaye, le lapin et le mouton, on peut lui restituer son activité par des cultures successives dans le corps de ces animaux. La bactéridie inoffensive pour le cobaye de plusieurs années, d'un an, de six mois, d'un mois, de quelques semaines, de plusieurs jours, peut encore tuer le cobaye d'un jour. Si alors on passe d'un cobaye d'un jour à un autre, par inoculation de sang du premier au deuxième, de celui-ci à un troisième et ainsi de suite, on renforce graduellement la virulence de la bactéridie, ou, en d'autres termes, son pouvoir à se développer dans l'économie. Bientôt, par suite, on peut tuer le cobaye de trois et de quatre jours, d'une semaine, d'un mois, de plusieurs années, enfin les moutons eux-mêmes. La bactéridie est revenue à sa virulence d'origine et elle la conserve indéfiniment si on ne fait rien pour l'atténuer de nouveau.

Tels sont les faits fondamentaux sur lesquels repose la vaccination charbonneuse. Dès 1880, MM. Pasteur et Chamberland préludaient à leurs recherches ultérieures en établissant expérimentalement que, chez le bœuf ainsi que chez le mouton, « le charbon est susceptible de ne pas récidiver, que des inoculations qui ne tuent pas sont préventives et qu'enfin, de même que dans le choléra des poules, on peut sans doute vacciner à tous les degrés (2). » Il était important que cette notion de la non-récidive fût solidement établie, avant de tenter l'inoculation préventive à l'aide de cultures atténuées.

La vaccination charbonneuse, telle qu'elle a été introduite dans la pratique vétérinaire par M. Pasteur, se fait par deux inoculations à douze ou quinze jours d'intervalle, la première avec le *premier vaccin* qui ne préserve que partiellement les animaux, et la deuxième avec le *deuxième vaccin*, beaucoup plus actif que le premier et qui achève de les rendre complètement réfractaires au charbon. Le premier vaccin est une culture atténuée à tel point qu'elle peut être inoculée impunément aux lapins et aux cobayes, mais qu'elle tue encore les souris ; cette atténuation est généralement obtenue par le séjour de la culture à l'étuve à 42° pendant 15 à 20 jours. Le deuxième vaccin est obtenu au

(1) Pasteur. *Sur les maladies virulentes, et en particulier sur la maladie appelée vulgairement choléra des poules* (Comptes rendus de l'*Acad. des sciences*, 1880, t. 90, p. 239 et 952). — *De l'atténuation du virus du choléra des poules* (*Ibid.*, t. 91, p. 673).

(1) Pasteur, Chamberland et Roux. *De l'atténuation des virus et de leur retour a la virulence* (C. R. de l'*Acad. des sciences*, 1881, t. XCII, p. 429). — *Le vaccin du charbon* (*Ibid.*, p. 666).

(2) Pasteur et Chamberland. *Sur la non-récidive de l'affection charbonneuse* (C. R. de l'*Acad. des sciences*, 1880, t. XCI, p. 531).

bout d'un séjour de 10 à 12 jours ; il tue les souris et les cobayes et rend malades les lapins adultes sans les faire mourir. Par l'inoculation successive de ces deux virus atténués, on provoque chez les moutons, les chèvres, le bœuf, le cheval, une maladie extrêmement affaiblie, dans l'immense majorité des cas, suffisante cependant pour conférer aux animaux une immunité solide contre le charbon expérimentalement inoculé ou spontané.

L'expérience de Pouilly-le-Fort est trop célèbre pour que j'aie besoin de la rappeler; elle fut suivie d'expériences publiques analogues très nombreuses, instituées tant en France qu'à l'étranger, en Autriche-Hongrie, en Allemagne, en Italie, en Belgique; en somme, elles confirmèrent pleinement les premiers résultats obtenus. Aujourd'hui les inoculations préventives contre le charbon sont entrées dans la pratique courante ; elles ont pour effet une diminution énorme de la mortalité par le charbon dans les troupeaux. Je n'ai pas à insister ici sur ces résultats, si précieux au point de vue de l'économie rurale ; ceux que cette question intéresse la trouveront traitée, avec tous ses détails, dans le remarquable livre de M. Chamberland; outre la statistique des faits, il renferme des documents très instructifs sur la cause de certains insuccès, sur les précautions à tenir pour les éviter et sur la durée probable de l'immunité conférée aux moutons et aux brebis par l'inoculation (1).

On sait qu'à l'origine la découverte de M. Pasteur a été l'objet d'attaques très vives de la part de M. Koch et de ses élèves, portant, les uns sur la réalité même de l'atténuation de la bactéridie dans ses cultures, les autres sur la valeur pratique des inoculations préventives. Depuis, mieux instruits par les recherches de contrôle auxquelles il s'est livré, M Koch est revenu sur la plupart des objections qu'il avait d'abord émises. Il reconnaît hautement « l'extrême portée scientifique de ce fait, établi pour la première fois d'une façon exacte et hors de toute conteste, à savoir qu'une bactérie pathogène, placée dans des conditions bien déterminées, peut perdre ses propriétés pathogènes sans subir toutefois des modifications morphologiques appréciables: ce fait est du plus haut intérêt, non seulement par la recherche étiologique, mais du même coup pour la science biologique en général ; il ouvrira sans doute la voie à d'autres découvertes importantes ; » et plus loin il ajoute : « à tout prendre, en se plaçant au point de vue purement scientifique et non au point de vue étroitement pratique, il importe peu que les inoculations préventives entraînent une perte un peu plus ou moins grande d'animaux. La science est surtout intéressée à cette notion nouvelle qu'une immunité artificielle peut être provoquée (2). »

Autres procédés d'atténuation du charbon. — Déjà avant les travaux de M. Pasteur et de ses élèves, quelques essais de vaccination charbonneuse avaient été tentés. M. Burdon Sanderson avait fait des expériences dans cette direction : « Lorsque le charbon est transmis par inoculation du bœuf, aux rongeurs (cobayes), et qu'ensuite on lui fait faire retour au bœuf, le caractère de la maladie ainsi transmise est atténué comparativement au charbon spontané du bœuf. Les rongeurs succombent, mais les bariolés inoculés avec leur sang ou avec la pulpe de leur rate, guérissent. Se passe-t-il là quelque chose d'analogue à la mitigation éprouvée par la petite vérole de l'homme, à la suite de son passage par d'autres espèces animales et ce fait est-il susceptible d'une application pratique, c'est ce qui sera l'objet de recherches ultérieures. » (1).

M. Greenfield a fait des constatations analogues ; en inoculant à des bœufs du sang de cobaye charbonneux, ou de la culture provenant de ce sang, il a provoqué chez ces animaux une fièvre charbonneuse plus ou moins intense, mais presque toujours non mortelle; il a constaté, en outre, que les bœufs ainsi inoculés supportaient beaucoup mieux et presque sans fièvre des inoculations ultérieures. Il en concluait, comme M. Burdon Sauderson, que le virus s'était atténué par son passage sur le cobaye et pouvait ensuite servir de vaccin pour les bovidés (2).

Ces conclusions ne sont pas exactes : le passage du charbon par l'organisme des rongeurs n'en modifie pas d'une façon appréciable la virulence ; si, dans un certain nombre de cas, les bœufs inoculés avec du sang de cobayes charbonneux ont survécu, cela tient non pas à une mitigation de l'agent infectieux, mais, ainsi que l'ont montré les expériences de M. Pasteur, à la résistance que les animaux de l'espèce bovine opposent à l'inoculation sous-cutanée du charbon ; cette résistance aurait été sensiblement la même si, au lieu d'employer du sang de cobayes charbonneux, on avait inoculé du sang de bœufs ou de moutons morts de cette maladie.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'action de l'antifébrine (acétanilide) et de quelques corps analogues.

Par les Drs A. CAHN et P. HEPP, assistants à la clinique de médecine, interne de M. le professeur KUSSMAUL de Strasbourg.

Dans une communication préalable parue le 14 août de cette année, nous avons fait connaître les propriétés antithermiques éminentes de l'acétanilide que, pour cette raison, nous avons dénommée antifébrine (3).

Cette courte publication contenait, sous une forme concise, les résultats pratiques que l'observation suivie de vingt-quatre fébricitants du service de M. Kussmaul, nous avait permis d'énoncer avec certitude. Nous nous réservions de revenir plus tard sur ce point intéressant de clinique thérapeutique, et d'entrer dans quelques développements sur plusieurs questions importantes que nous n'avions fait qu'effleurer dans notre premier travail. Bien quo l'une ou l'autre de ces questions reste encore à élucider, nous nous sommes décidés

(1) Chamberland. *Le charbon et la vaccination charbonneuse d'après les récents travaux de M. Pasteur*, Paris, 1883.

(2) Koch (R.). *Ueber die Milzbrandempfung*, Cassel, 1882, p. 33. — Consulter à ce sujet : Lœffler, *Zur Immunitätsfrage*, in Mittheil. aus dem kais. Gesundheitsamt. Bd. I, 1881, p. 134. — Pasteur. *De l'atténuation des virus* (Congrès international d'hygiène, Genève 1882). — Pasteur. *Réponse au Dr Koch.* (*Revue scientifique*, 1883, t. XXXI, p. 74). Koch, Gaffky et Lœffler, *Experimentelle Studien über die künstliche Abschwächung der Milzbrandbacillen* (*Milth. der Gesundheitsamt,* Bd. II, 1883, p. 147).

(1) Burdon Sanderson. *Report on experiments on anthrax conducted at the Brown Institution, February 18 to Juny 30,* 1878 (The Journal of the Royal agricultural Society, 1880, 2e série, t. 16, partie I, p. 267).

(2) Greenfield. *Report on an Inquiry into the Nature, Causes and Prevention of splenic Fever, Quarter Evil and allied diseases, made at the Brown Institution* (*Ibid.*, p. 273).

(3) Ce terme qui ne réunira certes pas les suffrages des linguistes nous a paru simple et pratique, parce qu'il attirait dès l'abord l'attention sur les qualités maîtresses de l'acétanilide au point de vue thérapeutique. L'adjectif antifébrile, pour n'être que peu employé, n'en est d'ailleurs pas moins un mot reçu.

en vue du nombre toujours croissant des communications relatives à l'antifébrine à publier dès maintenant le résultat de nos expériences et à indiquer les points sur lesquels nous avons surtout porté notre attention.

L'antifébrine (acétanilide) se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, dénuée d'odeur et ne produisant sur la langue qu'une légère saveur brûlante. Elle est peu soluble dans l'eau froide (dans la proportion de 1 à 160 environ) se dissout assez facilement dans l'eau bouillante et les liqueurs alcooliques, plus facilement encore dans l'alcool et l'éther. Elle fond à 114° et bout sans altération à 292°. L'acétanilide a été découverte en 1852 par Gerhardt, qui l'a obtenue en faisant agir du chlorure d'acétyle sur l'aniline.

Au point de vue chimique, l'acétanilide est un corps indifférent, n'ayant ni propriétés acides ni propriétés basiques. Elle résiste aussi bien à l'action des acides minéraux dilués qu'à celle d'une solution de potasse caustique qui l'attaque à peine à l'ébullition. Les acides sulfurique et nitrique concentrés froids forment des produits de substitution sans séparer le groupe acétyle de l'aniline. Pour scinder l'acétanilide en ses composants, il faut avoir recours à la potasse alcoolique, à l'acide sulfurique concentré chaud, ou bien encore la chauffer avec les acides dilués en tube scellé à des températures supérieures à 100°. La réaction est alors nette ; on obtient un sel d'aniline et de l'acide acétique. L'acétanilide n'est pas le terme ultime de la déshydratation de l'acétate d'aniline. En faisant réagir sur l'acétanilide du chlorure de zinc, on obtient par condensation et élimination d'eau de la flavaniline, une matière colorante qui appartient, d'après les recherches de M. O. Fischer (1), à la série quinolique.

On pourrait être tenté d'expliquer par l'une ou l'autre des réactions précédentes les propriétés de l'antifébrine et de chercher les raisons de son action dans sa transformation dans l'organisme, soit en aniline, soit en un dérivé rapproché par sa constitution de la quinine et des autres alcaloïdes fébrifuges naturels et artificiels. Nous exposerons plus loin les motifs qui nous portent à repousser cette dernière hypothèse, tandis que celle d'une transformation en aniline mérite d'être prise en sérieuse considération.

L'antifébrine est un poison violent pour les organismes inférieurs, infusoires et autres. En solution saturée (c'est-à-dire à deux tiers p. 0/0 environ) elle arrête assez rapidement les mouvements des cils vibratiles chez les Paramécies. Elle empêche la fermentation alcoolique et lactique et s'oppose à la putréfaction de l'urine et des matières albuminoïdes. Les propriétés antiseptiques de la substance paraissant, d'après ces essais, hors de doute, nous avons songé à l'utiliser en chirurgie. Les résultats obtenus jusqu'à présent par M. Luecke ne sont pas très satisfaisants ; des essais ultérieurs permettront de juger définitivement la question.

Les animaux supérieurs supportent sans inconvénient des doses relativement fortes d'antifébrine : 4 grammes ingérés en une fois dans l'estomac d'un chien de moyenne taille restent d'ordinaire sans effet appréciable.

Une seule fois, chez un chien de 8 kilog., nous avons vu survenir de la faiblesse générale, puis un état d'assoupissement et de prostration dont il était difficile de le tirer. Le lendemain matin, tous ces symptômes s'étaient dissipés et l'animal revenu à l'état normal. Une dose quotidienne de 3 grammes amena en sept jours la mort d'un chien du poids de 6 kilog. Les symptômes observés furent, à partir du quatrième jour, de la faiblesse, marquée surtout dans le train postérieur, des vomissements et, le dernier jour, des syncopes et des convulsions. L'urine était dès le troisième jour fortement colorée ; elle ne contenait d'ailleurs ni albumine, ni sucre.

Les lapins supportent, en général, sans trouble l'ingestion dans l'estomac d'un gramme d'antifébrine répétée plusieurs jours de suite. Deux seulement en éprouvèrent un effet narcotique très marqué et restèrent pendant 5 à 8 heures dans un état de résolution presque complète et ne différant en rien de celui produit chez ces animaux par le chloral ou l'uréthane. Le même effet se reproduisit les jours suivants par l'emploi des mêmes doses. L'autopsie de lapins ayant succombé en suite de l'administration de 3 gr. et plus de substance ne révéla rien de particulier, sauf une injection veineuse assez marquée des méninges qui nous avait frappé déjà chez le chien. La température des animaux en expérience n'éprouva, en plusieurs cas, que des modifications insignifiantes. Nous n'avons pas expérimenté l'action de l'antifébrine sur la température d'animaux fébricitants.

La valeur d'un antipyrétique dépendant en grande partie de son action sur l'appareil de la circulation, nous avons mis un soin tout particulier à étudier les modifications de la pression sanguine sous l'influence de l'antifébrine. Deux expériences faites sur des lapins au laboratoire de M. Schmiedeberg nous ont permis de constater que la pression initiale n'éprouvait ni augmentation, ni diminution en suite de l'injection dans les veines de 0,4 et de 0,8 de substance en solution dans l'eau tiède (1).

Le pouls se ralentit un peu, ainsi que nous l'avions observé déjà chez quelques-uns des animaux gavés d'antifébrine. La section des pneumogastriques resta sans effet aucun.

Dans une expérience faite au moyen de l'appareil de Williams sur le cœur de la grenouille, traversé par du sang additionné d'une solution d'antifébrine, nous eûmes à noter également un ralentissement des contractions cardiaques.

Pour ce qui est de l'action de l'antifébrine chez l'homme sain, nous avons pu nous convaincre à plusieurs reprises et par nous-même que des quantités de 0,5 et même de 1,0 prises en une fois ne produisent pas d'effet appréciable. Le printemps dernier, un malade atteint d'entérite chronique a pu, pendant plus de huit jours, en absorber des quantités variant entre 2 et 3 gr. par jour, sans jamais éprouver le moindre malaise.

Nos connaissances sur les transformations de l'antifébrine dans l'organisme sont jusqu'à présent très précaires. Nous avons constaté son passage dans les urines, et avons pu l'extraire en quantités très notables de l'urine des chiens en expérience. Comme il n'existe pas de réaction caractéristique du corps lui-même, nous avons reconnu son identité au moyen du point de fusion et de sa transformation en aniline et acide acétique. L'urine ne contenait pas de phénol.

Nous avons, à plusieurs reprises, déterminé chez l'homme et chez le chien le rapport dans les urines entre les quantités de sulfates libres et de sulfates à l'état de sels conjugués. Nous avons trouvé après l'administration de doses considérables du médicament une augmentation très marquée des sels sulfo-conjugués, tandis que des doses moyennes, mais parfaitement suffisantes

(1) *Ber. der. d. chem. Gesellsch.*, 1882-84.

(1) D'après M. Demme (*Fortschr. der Med.* 1884), un gramme d'antypirine en injection sous-cutanée suffit pour tuer un lapin ; un demi-gramme produit déjà chez cet animal une diminution notable de la tension artérielle.

pour combattre la fièvre, n'amenaient aucun changement. L'aniline passe, d'après M. Schmiedeberg (1), à l'état de sel sulfo-conjugué dans les urines; le résultat de nos analyses ne semble donc guère s'accorder avec l'hypothèse d'une transformation notable de l'antifébrine en aniline dans l'organisme.

Nous ne voulons toutefois pas nous hâter de conclure de ces expériences (2) que l'antifébrine ne doit pas en tout ou en partie ses propriétés antithermiques à l'aniline, car nous avons obtenu chez des fébricitants des abaissements de température considérables au moyen de doses très faibles du sulfate de cette base. Des recherches ultérieures sont donc nécessaires pour fixer la part qui revient à l'aniline dans l'action antithermique de l'antifébrine. Ces recherches nous semblent surtout devoir porter sur la composition des urines après l'ingestion du médicament. Les données précédentes ne permettent guère de préjuger de l'action thérapeutique de l'antifébrine. Tout au plus pourrait-on trouver dans l'état de narcose observé chez quelques animaux et relaté déjà dans notre première publication une indication de la voie à suivre, indication d'ailleurs démentie par l'expérience.

L'antifébrine est un fébrifuge puissant; nos expériences à ce sujet et les faits apportés à l'appui de différents côtés déjà ne laissent aucun doute à cet égard. Elle est, en outre, d'après M. Lépine (3) un médicament *nervin* de la plus haute utilité. Les résultats obtenus par cet éminent observateur dans le traitement des névralgies, du tremblement de la sclérose en plaques et surtout des douleurs fulgurantes des tabétiques ont une grande importance.

M. Krieger (4), dans un travail publié à la même époque que celui de M. Lépine, relate de même les bons effets de l'antifébrine dans quelques cas de névralgie de la face.

Comme nous n'avons pas d'expérience personnelle suffisante au sujet de l'emploi de l'antifébrine dans les maladies nerveuses, nous aborderons sans plus tarder la question du traitement des maladies fébriles par ce remède.

L'antifébrine nous paraît appelée sur ce terrain à un certain avenir, car elle réunit toutes les qualités qu'on est en droit d'exiger d'un bon antipyrétique, c'est-à-dire d'un agent *symptomatique* destiné uniquement à combattre l'élément fièvre.

Administrée en quantité suffisante, quantité qui varie naturellement suivant la maladie, les conditions d'âge et de sexe, etc., elle produit sûrement et sans jamais éprouver le malade un abaissement de température considérable. Les doses nécessaires pour atteindre ce but ne sont pas assez élevées pour faire apparaître des symptomes d'intoxication (comme c'est le cas pour la quinine et le salicylate de soude, par exemple). Elle ne fatigue absolument pas les voies digestives, et, fait remarquable, nous n'avons eu jusqu'à présent à noter ni nausées, ni vomissements.

Nous avons employé l'antifébrine dans 60 cas qui se décomposent de la façon suivante : Fièvre typhoïde, 29 cas; érysipèle, 6; phtisie pulmonaire, 6; rhumatisme articulaire, 4; pneumonie, 4; pleurésie, 2; septicémie et pyémie, 6; fièvre intermittente, 1; fièvre gastrique, 1, et *fièvre leukémique*, 1.

Nous ne pouvons encore nous prononcer avec certitude sur la question de savoir si l'antifébrine possède une action spécifique dans telle ou telle maladie. Pour la fièvre intermittente, nous nous trouvons en contradiction avec MM. Krieger (1) et Lépine (2). Ces messieurs disent en avoir coupé les accès par son moyen, tandis que, dans le seul cas que nous ayons eu à traiter, la quinine a eu raison en un seul jour de la maladie que l'antifébrine s'était montrée pendant plusieurs jours impuissante à combattre.

La question du rhumatisme articulaire par contre, que nous avions dû laisser en suspens, faute de malades appropriés, paraît recevoir une solution favorable du médicament par les communications toutes récentes de MM. H. Riese (3) et Landgraf (4). Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu nous avions vu l'affection articulaire céder en trois jours à l'antifébrine. L'un des auteurs cités a eu à noter 5 succès sur 6 malades, l'autre a guéri 10 rhumatisants au moyen de l'antifébrine.

Dans bien des cas de fièvre typhoïde, nous avons pu prolonger l'usage du remède pendant toute la durée de la maladie sans aucun inconvénient, mais aussi sans en abréger la durée.

Quant au mode d'administration, nous avons donné la substance tantôt délayée dans de l'eau, tantôt en cachets médicamenteux, tantôt en dissolution dans un vin fortement alcoolique. Les doses ont varié de 0,28 à 1 gr. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de dépasser 2 grammes par jour (5).

Une façon de procéder qui nous a donné dans les derniers temps de bons résultats, consiste à prolonger l'effet d'une dose considérable initiale par l'administration de doses réfractées, réparties pendant la période de rémission.

Un exemple servira mieux que toute description à rendre compte des avantages de ce fractionnement.

CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE.

Température,	12e *jour.*			13e *jour de la maladie.*		
à 7 h.	40°,1			40°,4		
10 —	40°,4	0.5	A.	40°,2	0.5	A.
11 —	39°,0	0.25	A.		0.25	»
12 —	38°,0			39°,1		
1 —	37°,2	0.1	»	38°,0	0.1	»
2 —	37°,5					
3 —	37°,8	0.1	»	38°,5	0.1	»
4 —	38°,0	0.1	»	38°,4	0.1	»
6 —	38°,4			39°,0		
10 —	39°,4			39°,0	(à 9 heures).	

L'administration de petites doses dès le commencement, telle qu'elle a été proposée par M. Fraenkel (6), nous a par contre donné des résultats douteux dans les cas de fièvres tenaces. Nous nous étions d'ailleurs prononcés contre cette manière de faire dans notre premier article (7).

(1) *Arch. f. expérim. Pathol.*, VIII, 11.
(2) Pour plus de détails concernant les résultats numériques de nos analyses, les données thermométriques et autres, nous renvoyons à un article qui a paru dans la *Berl. Klin. Wochenschr.*
(3) *Lyon médical*, n° 44 et *Semaine médicale* n° 47, 1886.
(4) *Centralbl. f. klin. Med.* n° 44, 1886.

(1) *Centralblatt für Klin. Mediz.* 1886, n° 44.
(2) *Semaine médicale* n° 47.
(3) *Deutsche med. Wochenschr.* 1886, n° 47.
(4) *Ibidem.*
(5) Il est très intéressant de voir les malades de M. Riese supporter sans inconvénient jusqu'à 6 grammes d'antifébrine par jour. Nous devons ajouter que, d'après les données thermométriques communiquées par l'auteur, des doses aussi énormes n'étaient ni nécessaires, ni même indiquées On voit, à plusieurs reprises, administrer 0,25 et même 0,50 du remède au moment où la température oscille entre 35,2 et 35,5.
(6) *Deutsche med. Wochenschr.* n° 44.
(7) *Centralblatt f. klin. Mediz.* n° 33.

L'action du médicament se fait sentir déjà une heure après l'administration d'une dose appropriée. La peau est turgescente, la température a baissé de quelques dixièmes et atteint son minimum entre la troisième et la sixième heure. L'abaissement de température de même que l'élévation subséquente se font graduellement. Dans un seul cas, nous avons eu à noter un frisson, suite de l'administration à trop forte dose du médicament. La même malade put, le lendemain, supporter sans inconvénient une dose moitié moindre, tout en bénéficiant d'une période de rémission de sept à huit heures, avec température minima de 36° 5.

Presque toujours le pouls diminue de fréquence en même temps que la température baisse; sa tension augmente et plusieurs tracés sphygmographiques nous montrent le pouls, dicrote avant et après la période de rémission, presque normal pendant le temps d'action de l'antifébrine.

On voit se produire deux à trois heures après l'administration du remède, des sueurs plus ou moins abondantes, d'ordinaire toutefois moins considérables qu'avec l'antipyrine. Peut-être cette différence tient-elle en partie à l'action *manifeste* du médicament sur la sécrétion urinaire. Dans notre premier mémoire, nous parlions d'une augmentation considérable de la diurèse chez *plusieurs* malades et nous en citions un chez lequel la quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures était arrivée au chiffre extraordinaire de 5 litres 1/2 le premier jour de l'emploi du médicament. Nous avons eu l'occasion depuis, d'observer, à plusieurs reprises, des faits analogues et nous avons mis hors de doute l'action *directe* de l'antifébrine sur la sécrétion urinaire en prenant avant, et à plusieurs reprises après son administration, le poids spécifique de l'urine.

Les chiffres suivants sont assez éloquents par eux-mêmes pour se passer de tout commentaire.

CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE : 5e SEMAINE.

Lendemain.

Heure.	Temp.	Médicat.	Qnant. de l'urine.	P. sp. de l'urine.	Heure.	Temp.	Médicat.	Quant. de l'urine.	P. sp de l'urine.
7	40°,7				7	40°,3			
10	40°,4	0.25 A.			10	39°,5			
12	39°,2	»	350 cc.	1007	midi	40°,2	0.25 A.		
2	36°,8		500	1001	2	38°,5	»	300	1016
4	37°,5	0.1 A.	400	1001	4	36°,6		400	1001
6	38°,5	0.25 »			6	37°,8	»	300	1001
9	38°,5	0.1 »	200	1011	9			350	1003
11	38°,0				11	39°,5	»		
					2	38°,4			
					4	39°,4			
					7	39°,5		250	1013

L'état général des malades s'est toujours notablement amélioré pendant la période de rémission. Cette action était surtout sensible pour les malades atteints de fièvre typhoïde; leur prostration diminuait, on les voyait accorder de nouveau une certaine attention à leur entourage, ils demandaient eux-mêmes à boire. Plusieurs se louaient, sans qu'on les eût interrogés, de l'action bienfaisante du remède. Dans les fièvres hectiques, chez les tuberculeux, les pyémiques, les maux de tête cédaient d'ordinaire au médicament et bien souvent on voyait l'appétit renaître. Rarement nous avons observé chez les phthisiques des sueurs *profuses*, jamais de collapsus.

Nous n'avons eu à noter qu'un seul collapsus, produit par un demi-gramme d'antifébrine chez une malade débile atteinte de typhoïde.

Quant à la cyanose, nous l'avons vue, en somme, se produire assez rarement : elle apparait en suite de l'antipyrine comme en suite de l'antifébrine, quoique à un moindre degré et nous n'avons plus finalement attaché aucune importance à ce phénomène.

Outre l'antifébrine, nous avons essayé chez l'homme, après avoir fait les essais préliminaires chez l'animal, les corps suivants : la méthylacétanilide, l'ortho-et la paracétotoluide, la benzanilide, la salicylanilide et l'acétonaphtylamide (1).

De ces corps, le premier est dangereux à manier; la plupart des autres n'ont pas d'action antipyrétique marquée, la benzanilide seule s'est montrée efficace, mais à des doses doubles environ de celles d'antifébrine.

En raison de ce fait et de sa cherté plus grande, nous ne pensons pas qu'elle puisse entrer en concurrence avec l'antifébrine, dont le prix est extraordinairement bas.

L'efficacité de la benzanilide présente un certain intérêt théorique. L'on ne peut, en effet, guère s'expliquer une transformation de ce corps en un dérivé quinolique, ce qui, par analogie, tend à faire repousser une transformation de ce genre pour l'antifébrine.

(1) Tous ces corps, ainsi que l'antifébrine, ont été mis à notre disposition à l'état de pureté absolue par la maison Kalle de Biebrich. Nous insistons sur la nécessité d'opérer avec des produits entièrement purs.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

Par l'article 13, seront obligés à visiter les asiles de leur circonscription, le préfet au moins une fois par semestre, le procureur de la République au moins une fois par trimestre : Ce dernier (pourquoi pas aussi le préfet) peut se faire assister du médecin des aliénés ou d'un autre médecin désigné par lui et procéder ou faire procéder à une enquête sur les personnes placées. M. Paris n'admet pas que le procureur puisse écarter le médecin-inspecteur pour choisir qui bon lui semble. Il fait observer que du rapprochement des articles 7 et 13, il résulterait que les visites du préfet et du procureur peuvent avoir lieu dans les maisons privées. Enfin M. Paris voudrait que l'agent de l'enquête ouverte par le procureur fût désigné par la loi. M. le rapporteur, un peu troublé, répond d'abord sur le premier point qu'un simple oubli matériel a maintenu les mots : « ou d'un autre médecin choisi par lui » ; puis, la réflexion aidant, il explique que le cas peut être pressant et le médecin-inspecteur empêché. Il est convenu entre lui et M. Paris, qu'on laissera au procureur la faculté de choisir un autre médecin « en cas d'empêchement » du médecin-inspecteur. Sur le second point, M. Roussel déclare que les asiles proprement dits sont seuls soumis aux visites du procureur et du préfet.—Il en résulte que les établissements, et pour appeler les choses par leur nom, les couvents qui, recevant des aliénés, sont des asiles fonctionnant sans déclaration, sans autorisation, sans cautionnement, échapperont à toute surveillance, et ne seront astreints qu'à déclarer la présence de l'aliéné, *dans le délai d'un mois !* — Sur le troisième point, si l'on veut dire expressément ce qui était dans l'esprit de la Commission, à savoir que le procureur de la République, ne procédant pas lui-même à l'enquête, se ferait suppléer par son représentant natu-

PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(Collection Bourneville).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV-99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75 — Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean WIER, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas ERASTUS. Avant-propos par BOURNEVILLE ;— Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (n° 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (n° 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique velin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

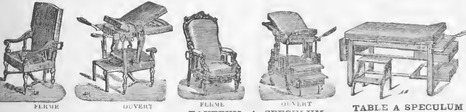
VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584) Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

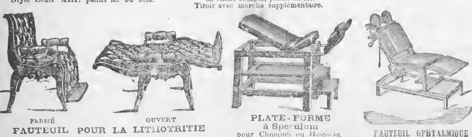
Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier velin, prix : 6 fr Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé. 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr.—Papier Japon prix : 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.



FERMÉ — OUVERT
FAUTEUIL A SPECULUM
Style Louis XIII, patins fer ou bois.

FERMÉ — OUVERT
FAUTEUIL A SPECULUM
en chêne sculpté, patins en fer.
Tiroir avec marche supplémentaire.

TABLE A SPECULUM
et pour Opérations.



FERMÉ — OUVERT
FAUTEUIL POUR LA LITHOTRITIE

PLATE-FORME
à Speculum
pour Cliniques ou Hospices.

FAUTEUIL OPHTALMIQUE

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

rel, c'est-à-dire par le juge de paix, M. Roussel n'y voit pas d'inconvénient. — Nous non plus ; il est bon que les lois disent expressément ce qu'elles veulent dire ; mais il est fâcheux qu'un projet, en gestation depuis deux ans, prête dans sa rédaction matière à de pareilles observations. — Sous leur bénéfice, les deux premiers paragraphes sont votés.

Le troisième autorise le président du tribunal civil, le juge de paix et le maire à visiter les asiles de leur circonscription. Il est probable qu'ils n'abuseront pas plus qu'autrefois de cette « autorisation », renouvelée de la loi de 1838.

L'article 14 renvoie à un décret en Conseil d'Etat l'organisation, le fonctionnement et le recrutement de l'inspectorat général. Puis, comme si la Commission prise de remords, s'était défiée du Conseil d'Etat, il décide que les inspecteurs seront nommés à la suite d'un concours sur titre, énumère les catégories de médecins admis à concourir, astreint les inspecteurs généraux à visiter au moins une fois par an les asiles d'aliénés, en convoquant chaque commission permanente, se faisant rendre compte de son fonctionnement, s'assurant de la bonne exécution des lois et règlements et de la bonne tenue des archives. — M. Gavardie voudrait savoir si le gouvernement trouve que l'inspectorat général peut servir à quelque chose de sérieux. M. le Commissaire du Gouvernement répond que le seul moyen de s'assurer du bon fonctionnement de la loi de 1838 eût été l'inspectorat général et qu'elle avait omis de la constituer. Il pense qu'il faudra cinq inspecteurs généraux. M. de Gavardie persiste à regarder l'inspectorat général comme un luxe ; les préfets, aussi bien et mieux que les inspecteurs, pourraient renseigner sur les abus et les inconvénients possibles. En tout cas, le principe admis, il ne conserverait que les deux premiers paragraphes. Il voit de grands inconvénients au concours public. M. le Rapporteur explique qu'il s'agit d'un concours sur titre avec catégories déterminées, pour ne pas livrer les nominations au caprice, au libre arbitre et aux mauvaises chances. — L'article est adopté. Personne n'a demandé d'ailleurs quelle compétence particulière désignait au choix du Ministre les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés des facultés de médecine, tous indistinctement. Personne non plus n'a trouvé étrange que, la commission permanente ayant été supprimée par l'amendement Bardoux, son secrétaire fût néamoins admis au concours pour l'inspectorat général, et les inspecteurs généraux obligés de la convoquer. *Quandoque bonus dormitat Homerus!*

L'article 15 détermine la composition et les fonctions du *Conseil supérieur des aliénés.* — Malgré la dénomination de ce conseil, aucun aliéné n'en fait partie de droit. — M. de Gavardie s'étonne que le gouvernement accepte un comité siégeant au ministère de l'intérieur et contrôlant ses actes, ne pouvant que créer des embarras. M. le Rapporteur dit que ce conseil est simplement consultatif. M. le Commissaire du gouvernement eût été de l'avis de M. Gavardie si l'on avait conservé la rédaction primitive de la Commission. Mais le Conseil supérieur n'a plus d'attributions administratives ; il ne décide rien et jouera le même rôle que les autres commissions analogues. M. de Gavardie proteste contre la création d'un répertoire général des aliénés, qui livrera le secret des familles à quantité de fonctionnaires et de scribes, c'est-à-dire aux quatre vents de la publicité. M. le Rapporteur défend vivement l'innocuité du répertoire, qui existe en Angleterre, qui sera secret, dont les fiches seront détruites ; il vante son utilité pour les causes judiciaires, la facilité et la simplicité de son exécution. Toutes les qualités de ce répertoire général, dûment célébrées, M. le Président du Sénat fait observer qu'il n'y en aura pas puisqu'on a supprimé, dans les fonctions du Conseil supérieur, la constitution du répertoire général ! — L'article 15 est adopté.

On revient au § 5 de l'article 4 et au § 3 de l'article 6 réservés. Le premier autorise la disjonction des fonctions de directeur et de médecin en chef d'un asile public ; le second règle que les médecins en chef seront nommés sur une liste formée par le Conseil supérieur. Ils sont adoptés sans discussion.

L'article 16 détermine les pièces à fournir pour un placement volontaire. Ce sont : 1° une demande d'admission, visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police ; 2° un rapport au procureur de la République par un docteur en médecine, rapport circonstancié, indiquant la date de la dernière visite, les symptômes observés, les preuves de folie constatées par le signataire, les phases de la maladie et les motifs exigeant le placement ; en cas d'urgence, un rapport sommaire suffit provisoirement ; 3° une pièce établissant l'identité du malade. Ce sont au fond les dispositions de la loi de 1838, avec quelques variantes ne donnant aucune garantie nouvelle et créant quelques embarras de plus. La seule différence est d'appeler rapport au procureur de la République ce que la loi de 1838 appelait certificat médical. Car on ne saurait attacher grande importance au point sur lequel ont ergoté MM. Paris, Delsol, Faye et Th. Roussel : le rapport doit-il, outre les symptômes, indiquer les « phases » ou la « marche » de la maladie ? Finalement, on s'est décidé pour la « marche », expression aussi médicale et plus exacte, selon M. le Rapporteur. Sans tant de façons, la loi de 1838 demandait tout bonnement qu'on indiquât les « particularités ». C'était aussi clair et plus court : symptômes, marche, phases, cela comprenait tout.

Incidemment, sur une observation de M. de Gavardie, plus pertinente que celles dont il égaie ensuite le Sénat, on vote le § 3 de l'article 8 qui avait été réservé.

L'article 17 prévoit le cas où l'aliéné s'oppose par la force à son internement. Dans ce cas, on devra requérir le maire ou le commissaire de police qui feront procéder au placement en prenant les précautions voulues pour éviter des accidents. — D'une façon abstraite, c'est parfait ; en pratique, il faudra décompter. Entre l'échec de la première tentative faite inutilement par les parents et l'intervention des autorités, il y aura place pour maint accident que nulle précaution ultérieure ne pourra réparer. Le moindre sera que l'aliéné, après avoir résisté victorieusement, s'empressera de prendre la clef des champs. Les gens prudents, dira-t-on, commenceront par aller requérir l'autorité, sans engager de lutte ni prévenir l'aliéné. L'autorité, non moins prudente, ré-

pondrons-nous, ne voudra intervenir que si l'aliéné a résisté par la force. Ce sera à qui ne prendra pas l'initiative. L'aliéné, en attendant, aura tout loisir de commettre un meurtre, un suicide ou tout autre méfait.

L'article 18 prévoit le cas où un aliéné majeur, conscient de son état, demande lui-même son internement. S'il sait écrire, une demande signée par lui suffit; sinon « la demande est reçue conformément aux prescriptions du paragraphe 3 de l'article 16. » — Cette disposition est fort obscure. Rationnellement le § 3 de l'article 16 est celui qui est ainsi conçu : « 3° l'acte de naissance ou de mariage de la personne à placer ou toute autre pièce propre à établir l'identité de cette personne. »—La production de la pièce ci-visée n'a nul rapport avec une demande d'admission. — Typographiquement, le § 3 est celui-ci : « La demande est écrite et signée par celui qui la forme; elle est visée, etc. »— Cela est contradictoire avec l'hypothèse.— Sauf correction, les directeurs d'asile seront fort empêchés. Et toute correction faite, l'article 18 restera mauvais, tant qu'il n'exigera pas un certificat médical pour le placement spontané comme pour les autres; à défaut de la loi, les directeurs d'asile feront sagement d'exiger cette garantie. L'admission, sur sa seule demande, d'un individu, se prétendant aliéné, pourrait avoir pour eux, dans certains cas, de grands inconvénients.

En cas de placement d'un français aliéné à l'étranger, l'article 19 veut que, dans le délai d'un mois, avis en soit donné par la personne qui l'a provoqué, au procureur de la République du domicile du malade. Inversement, si un aliéné étranger est amené en France pour être placé dans un asile, on devra produire une demande et un certificat médical légalisés dans le pays d'origine ou par le représentant diplomatique en France, avec traduction s'il en est besoin. Avis du placement doit être donné dans les trois jours au représentant diplomatique du pays du malade. Même obligation quand l'étranger, résidant ou de passage en France, a été placé conformément à l'article 16 ou à l'article 29 (placement d'office). — M. de Gavardie reproche à cet article de mettre obstacle aux voyages quelquefois conseillés aux aliénés. M. le rapporteur répond que l'article 19 ne vise pas les voyages à l'étranger, mais bien des faits constatés d'abandon d'aliénés français dans des asiles étrangers. — Pour nous, cet article a deux défauts : D'abord l'obligation de déclaration du premier paragraphe n'a pas de sanction, l'article 9 n'étant pas visé par l'article ultérieur où sont établies les pénalités punissant les infractions à la loi. Ensuite, nous ne voyons pas la nécessité d'une distinction entre l'étranger amené en France pour être placé et l'étranger résidant ou de passage en France. Pour l'un comme pour l'autre, le certificat médical devrait être délivré par un docteur des facultés françaises et la demande d'admission, si elle est signée d'un étranger, légalisée par le représentant diplomatique du pays du signataire. On ne peut raisonnablement accorder de valeur, en France, à des certificats de médecins étrangers résidant à l'étranger, et encore moins à des légalisations données par des autorités étrangères locales inconnues. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

M. MAURICE LETULLE communique les résultats de ses *recherches expérimentales sur l'intoxication mercurielle*. Les paralysies mercurielles expérimentales diffèrent des paralysies saturnines par plusieurs caractères importants; la conservation de la contractilité électrique normale, l'absence d'amyotrophie, la persistance des réflexes tendineux. Les lésions mercurielles des nerfs périphériques ont pour caractère spécial la destruction progressive de la myéline avec conservation, peut-être indéfinie, du cylindraxe, et ce sans prolifération des noyaux. Ces altérations trophiques sont segmentaires et périaxiles. Ces recherches expérimentales peuvent expliquer la physionomie clinique des paralysies mercurielles localisées et leur grande curabilité. Leurs caractères essentiels peuvent, en effet, se grouper ainsi : localisation fréquente à un ou plusieurs membres, conservation des signes normaux de la contractilité faradique et galvanique, absence d'amyotrophie, persistance des réflexes tendineux, coexistence de troubles sensitifs et de paralysies motrices dans les régions atteintes.

M. BOURQUELOT insiste sur quelques points relatifs à *l'action de la salive sur le grain d'amidon*. A la température où l'eau commence à transformer la fécule en amidon hydraté saccharifiable par la salive, à la température ordinaire, l'eau additionnée de salive exerce une action supérieure à l'action exercée par l'eau et la salive employées successivement. Cette supériorité se continue en diminuant de valeur jusque vers 58°. Les actions sont alors à peu près égales dans les deux cas : l'avantage est ensuite à l'essai décomposé.

M. RANVIER étudie les *muscles rouges et les muscles blancs chez les Rongeurs*. Il rappelle que, chez certains Vertébrés, il existe des muscles de la vie animale de deux espèces qui diffèrent non seulement par la couleur, mais encore par d'autres caractères importants: les noyaux sont nombreux dans les muscles rouges et forment sous le sarcolemme des séries longitudinales. Chez le lapin, le demi-tendineux et le soléaire sont des muscles rouges ; le grand adducteur et les jumeaux sont des muscles blancs. Chez le lièvre, où ces divers muscles paraissent également rouges, le grand adducteur et les jumeaux ont la constitution des muscles blancs du lapin.

M. HENNEGUY étudie le *mode d'accroissement de l'embryon des poissons osseux*. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 janvier 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. R. DUBOIS revenant sur une précédente communication, répond aux objections que lui a posées M. Macé sur l'appareil lumineux dont sont pourvus certains insectes. Etudiant en particulier les scolopendres, l'auteur montre que ces animaux ne secrètent pas la matière lumineuse à l'aide d'organes placés le long du tube digestif, mais bien au contraire excrètent cette matière expulsée au dehors par la terminaison du tube intestinal, sous formes de fines granulations lumineuses. Il maintient donc les premières conclusions qu'il avait posées.

M. Ch. FÉRÉ communique une observation de *dacryorrhée tabétique*. Il s'agit d'un malade qui, parmi un grand nombre de symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice présente des crises de larmoiement limitées à un œil, survenant sans cause extérieure, cessant brusquement sans laisser de trace et accompagnées quelquefois de phénomènes douloureux du côté du même œil. Ces crises offrent, en un mot, les caractères ordinaires des autres crises vaso-motrices.

M. ASSAKY a étudié les homologies de développement qui existent entre l'os coxal et l'omoplate. La cavité cotyloïde de l'os des îles se développe aux dépens de l'iléon, de l'is-

chion et du pubis. Serres a montré que vers l'âge de 10 ans, il naissait un noyau osseux intermédiaire qui jouait un rôle très important dans la réunion définitive des parties. Cet os, qu'il désigne sous le nom de *cotyloïdien*, fut plus tard décrit par Krause sous le nom d'os *acetabulum*, sans que ce dernier songeât à mentionner les recherches de l'auteur français. M. Assaky montre, pièces en mains, que la cavité glénoïde de l'omoplate se développe de la même façon que la cavité cotyloïde. Outre les pièces homologues, il existe également là un petit noyau osseux surajouté analogue à l'os cotyloïdien et auquel l'auteur propose de donner le nom d'os glénoïdien.

La Société se forme en comité secret à 5 h. 1|4.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 *janvier* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Grancher vient, au nom de M. Pasteur, absent, et au nom du Laboratoire de M. Pasteur, faire, aux assertions de M. Peter, une rectification et une réponse. Et d'abord le Laboratoire n'a appris la mort et la maladie de Réveillac que par la communication de M. Peter; en outre, Réveillac n'a pas subi 36 inoculations, mais 19. M. Grancher regrette que M. Peter ne soit pas venu puiser ses informations au Laboratoire même, où il est de tradition de tout communiquer aux adversaires et aux partisans de la méthode pastorienne. Personne n'a jamais songé à dissimuler les insuccès des inoculations antirabiques. Chaque méthode thérapeutique comporte ses déboires. Aussi la méthode de M. Pasteur ne serait pas humaine, mais divine, si elle échappait à cette loi. Chacun de ces insuccès apporte, du reste, des faits instructifs; ainsi l'alcoolisme, le nervosisme, l'épilepsie, sont des conditions défavorables, tandis que le jeune âge est une condition favorable au traitement et à son succès. Aujourd'hui on gradue le traitement pour chaque malade, en tenant compte des risques particuliers qu'il encourt de par ses morsures et de par sa susceptibilité individuelle connues. Il est permis d'espérer obtenir ainsi le maximum d'effet utile. Les médecins qui ont été appelés par M. Pasteur à l'aider dans son œuvre n'ont pas hésité à subir la vaccination antirabique pour se mettre à l'abri des dangers d'une inoculation par piqûre des virus qu'ils manient chaque jour. La méthode des vaccinations antirabiques repose sur la possibilité de conférer aux animaux l'immunité contre le virus de la rage des rues par l'injection sous-cutanée de moelles de lapin de plus en plus virulentes. Dès l'abord, M. Pasteur se contenta de recourir aux moelles les moins virulentes; mais ultérieurement, en présence de trois insuccès chez trois des dix-neuf Russes venus de Smolensk, il n'hésita pas à pratiquer les inoculations intensives chez trois Russes qui ont survécu. C'est en considérant ces bons résultats et les échecs partiels de la vaccination ordinaire que M. Pasteur a pensé que les morsures de la face et les morsures graves et multiples des membres devaient être traitées comme morsures de loup. Le 2 novembre, M. Pasteur signalait 12 personnes mortes malgré les inoculations antirabiques. Sur 1,700 vaccinés, parmi ces 12 cas, 6 répondaient à des morsures de la face, traitées par les vaccinations simples. Par contre, 10 autres cas de morsures à la face, traitées par la vaccination intensive, avaient donné lieu, et donnent lieu encore, à autant de guérisons. Bien plus, du 15 août au 1er novembre 1886, 36 personnes, mordues à la face par des animaux reconnus enragés, ont été traitées par la méthode intensive. Or, toutes ces personnes ont traversé la période la plus dangereuse et sont en parfaite santé. Au 1er janvier 1887, le Laboratoire a vacciné, pour la France et pour l'Algérie, 1.956 personnes, et le chiffre de la mortalité est de 14,16, en comptant Pelletier et Moermann, 17 en comptant Réveillac. La mortalité reste donc au-dessous de 1 0/0.

M. Brouardel, à l'occasion des observations présentées dans la précédente séance par M. Dujardin-Beaumetz, vient préciser les conditions dans lesquelles a succombé un jeune enfant mordu et vacciné. L'autopsie a démontré que la mort était la conséquence d'une albuminurie accompagnée d'accidents urémiques. Les symptômes observés pendant la vie, les lésions trouvées à l'autopsie, les résultats négatifs des inoculations pratiquées avec le bulbe, permettent d'écarter l'hypothèse que cet enfant ait succombé à la rage. Or, il n'est pas douteux que dans le cas présent, si on s'en était tenu au mode d'investigation de M. Peter, adopté pour le jeune Réveillac, on n'eût attribué la mort à la rage, influencée ou non par les inoculations. En conséquence, l'observation rapportée par M. Peter ne saurait entrer en ligne de compte peur battre en brèche l'œuvre de M. Pasteur. Cette observation est trop incomplète, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue expérimental, pour être opposée aux résultats incontestables et incontestés qui ont été relevés chez les animaux d'abord, chez les hommes ensuite.

M. Dujardin-Beaumetz vient rendre compte de l'enquête qu'il a faite sur le jeune Réveillac. De cette enquête, il résulte que chacun peut affirmer ou infirmer la rage; en tous cas, si c'est la rage, elle s'éloigne de la rage classique, et comme nous manquons du criterium qui nous permettrait de nous prononcer, nous sommes obligés de considérer cette observation comme n'ayant qu'une très médiocre valeur démonstrative.

M. Peter se propose de critiquer la méthode des vaccinations antirabiques et apporte aujourd'hui trois nouvelles observations qui lui semblent en contradiction avec cette méthode. M. Peter estime que les inoculations du bulbe, pratiquées sur les animaux dans un but de contrôle, ne répondent pas à tous les desiderata, car elles sont parfaitement susceptibles d'être négatives. Quant au malade de M. Brouardel, qui serait mort d'anémie, M. Peter croit devoir rappeler que les urines sont albumineuses dans la rage. L'enquête de M. Beaumetz enfin est conforme à celle de M. Peter, dont les incertitudes diagnostiques étaient basées sur la forme spéciale qu'avait revêtue la rage de son malade; cette rage était paralytique, alors que la rage des rues est presque toujours convulsive. M. Peter aborde maintenant le récit détaillé des trois nouveaux cas de rage qui se sont produits, malgré le traitement de M. Pasteur. Le premier a été observé à Dunkerque par M. le Dr Cortès, chez un douanier; ici, il s'agit d'un cas de rage convulsive classique développée malgré les inoculations intensives, bien que ces inoculations aient été pratiquées hâtivement (40 heures après la morsure); on ne peut donc invoquer l'époque tardive des inoculations. Les premiers symptômes de la rage se sont manifestés 132 jours après la morsure, c'est-à-dire que la rage canine est arrivée plus tardivement que la rage canine expérimentale. Le deuxième cas a été recueilli à l'hôpital de Constantine; le troisième, à Arras.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 *octobre* 1886. — Présidence de M. Cornil.

10. Brachydactylie; par C. Walther, prosecteur des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie à l'amphithéâtre des hôpitaux sur un sujet mâle de 40 ans environ, qui ne présentait d'ailleurs aucun autre vice de conformation. La main droite est régulièrement constituée et de volume normal. La malformation ne porte que sur les doigts de la main gauche. Cette main, dans toute sa portion carpo-métacarpienne est bien conformée et offre à peu près le même volume que la main droite. Mais les doigts sont très courts, épais, comme tassés, recouverts de téguments d'aspect normal et portant des ongles bien constitués. Le pouce est normal, comme cela arrive presque toujours dans cette variété de difformité.

L'index semble formé seulement de deux phalanges dont la seconde est subluxée en dedans sur la première. De même, l'annulaire et l'auriculaire sont formés de deux pièces osseuses, mobiles l'une sur l'autre. Le médius, au contraire, est rigide et ne paraît constitué que par une tige osseuse unique.

A la dissection, on constate une disposition en rapport avec les renseignements fournis par l'inspection et l'exploration des doigts entiers. Les deux phalanges du pouce ont une forme et un volume réguliers (*fig.* 2).

Le squelette de l'index est formé par deux pièces osseuses; la première, longue de 33 millimètres, la seconde de 23. Cette seconde pièce est fortement déjetée en dedans et subluxée sur la première. L'articulation qui les unit jouit de mouvements de flexion étendus jusqu'à l'angle droit. La première de ces pièces osseuses répond à la première phalange dont elle a tous les caractères. La seconde, mince et grêle, creusée d'un canal médullaire, terminée à la façon d'une phalangette, résulte-t-elle de la soudure d'une phalangine et d'une phalangette? Rien sur la coupe ne permet de le croire. On ne trouve là aucune trace de soudure et le petit canal médullaire central est creusé dans toute la hauteur de l'os. Mais sur la face antérieure, à 1 centimètre environ de l'extrémité supérieure existe un petit renflement osseux, une petite saillie qui donne insertion à un faisceau du tendon fléchisseur profond. Celui-ci, en effet,

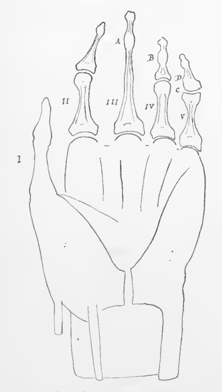


Fig. 2. — *Brachydactylie* : Coupe verticale et transversale des phalanges. — I. Pouce normal. — II. Index formé de deux pièces osseuses. — III. Médius. Une seule pièce, avec trace très nette de soudure en A. — IV. Annulaire. Deux pièces; sur la seconde, trace de soudure en B. — V. Auriculaire. Deux pièces; renversement des surfaces articulaires en C; soudure probable de deux pièces primitives en D.

se divise en deux faisceaux, dont l'un s'attache à l'extrémité supérieure de la seconde pièce, et l'autre à ce petit tubercule situé au-dessous. C'est là le seul caractère qui pourrait faire supposer une soudure de deux pièces primitives.

Au médius, une seule pièce osseuse forme le squelette, longue de 6 centimètres, large à sa base, grêle et effilée à sa partie moyenne et à son extrémité. Cette gracilité de l'os est fréquente dans la brachydactylie et plusieurs observations montrent qu'en pareil cas ces phalanges anormales, longues et fragiles se brisent facilement. Sur cette pièce unique, on constate d'une façon évidente la trace de la soudure de deux os primitifs, située à 15 millim. de l'extrémité inférieure. Ici, le canal médullaire est interrompu par une masse osseuse qui correspond à un épaississement périphérique de la phalange. Pas de trace de dualité primitive de la deuxième pièce. La première semble aussi unique, il existe seulement un renflement sur la face postérieure, à sa partie moyenne, en un point où se fixe le tendon extenseur.

A l'annulaire, une première phalange longue de 35 mil., s'unit par une articulation mobile à une deuxième pièce de 22 millimètres. Cette deuxième pièce est elle-même formée par la réunion de la phalangine et de la phalangette dont la soudure est marquée et par l'interruption d'un canal médullaire rudimentaire et par un renflement périphérique.

Enfin, le squelette de l'auriculaire comprend deux pièces dont les surfaces articulaires sont disposées de façon que l'extrémité inférieure de la première est concave, tandis que l'extrémité supérieure de la seconde est convexe. Cette seconde pièce semble aussi résulter de la soudure de deux phalanges primitives, bien qu'ici cette trace de soudure ne soit pas nette et indiscutable et se révèle seulement par un épaississement et une hauteur considérable du tissu compacte de l'extrémité supérieure, en même temps qu'il existe deux renflements successifs, mais peu marqués à la périphérie de cette masse osseuse.

Les muscles de la paume de la main sont normaux, un peu maigres toutefois et séparés par des masses de graisse infiltrées dans leurs interstices. L'extenseur commun des doigts a ses quatre tendons. Ceux de l'index, de l'annulaire et de l'auriculaire s'attachent à l'extrémité supérieure des secondes pièces osseuses, se confondant avec la capsule fibreuse articulaire. La traction exercée sur ces tendons redresse l'extrémité des doigts préalablement fléchis. L'extenseur propre de l'index et celui du petit doigt se réunissent aux tendons correspondants de l'extenseur commun au niveau de la base de la première phalange. Le fléchisseur commun a ses quatre tendons; au fléchisseur superficiel manque le tendon de l'auriculaire. Le fléchisseur profond s'insère : 1° Sur l'index à la base de la seconde pièce; 2° sur le médius à 1 centimètre au-dessus de la soudure des deux pièces primitives; 3° sur l'annulaire, par deux faisceaux, à la première et à la seconde pièce; 4° sur l'auriculaire à la base de la seconde pièce. Les trois tendons bifurqués du fléchisseur superficiel s'attachent sur les premières pièces correspondantes.

En résumé, la brachydactylie est produite très nettement à l'annulaire et probablement aussi à l'auriculaire par la soudure de la phalangine et de la phalangette. Cette réunion des deux dernières phalanges est fort douteuse à l'index. Au médius, une seule tige osseuse est formée par la soudure de deux pièces primitives bien distinctes. Les traces de la phalangine font ici complètement défaut, à moins qu'on veuille considérer la première phalange comme formée de deux pièces qui n'auraient laissé pour vestige de leur réunion que ce léger renflement sur lequel s'insèrent en avant le tendon fléchisseur, en arrière le tendon extenseur.

Séance du 22 *octobre* 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BRAULT.

1 M. DUTIL communique un cas d'*hémorrhagie bulbo-protubérantielle*. Il s'agit d'un homme âgé de 54 ans, mort le 13 octobre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. C. Paul suppléé par M. le Dr Oulmont. L'observation clinique de ce malade peut se résumer ainsi : ictus apoplectique le 2 octobre; le 4 octobre, jour de son entrée à l'hôpital, le sujet présentait les symptômes suivants : hémiplégie alterne portant sur les membres du côté droit et la moitié gauche de la face. L'hémiplégie faciale était alors et est restée totale et complète jusqu'à la fin; la paralysie de l'orbiculaire gauche était absolue.

La paralysie des membres du côté droit, doublée d'un léger degré d'anesthésie, diminua rapidement et cinq jours après son entrée à l'hôpital, le malade avait à peu près récupéré les mouvements de la jambe et du bras droits. Les mouvements d'élévation, d'abaissement et de convergence des yeux s'exécutaient librement, mais il y avait paralysie complète des deux muscles droits externes. En résumé : paralysie des membres du côté droit (paralysie passagère), de toute la face gauche et des muscles droits externes (définitive).

Le malade succombait 13 jours après l'ictus apoplectique.

A L'AUTOPSIE : foyer hémorrhagique du volume d'une petite noisette siégeant dans l'étage supérieur de la protubérance sous le plancher du 4e ventricule qui était soulevé et détruit sur un point. Ce foyer, situé un peu au-dessus de la partie moyenne du ventricule, répondait exactement à l'éminentia teres du côté gauche et s'enfonçait assez profondément de ce côté jusqu'à 1 cent. et demi du calamus. Il ne dépassait à droite que de 5 à 6 millimètres la ligne médiane, détruisant ainsi les deux noyaux d'origine du facial gauche et les deux noyaux de la 6e paire. L'examen histologique démontre en effet une dégénération à peu près complète des nerfs de la 6e paire et du facial gauche; le facial droit était sain.

M. Dutil fait remarquer que la convergence du regard s'exécutait bien dans ce cas, mais que, durant les efforts infructueux auxquels se livait ce malade pour porter le regard en dehors, le droit interne du côté opposé à la déviation voulue ne produisait aucun déplacement de l'œil en dedans. Ce qui vient à l'appui des faits publiés par MM. Feréol et Graux et des hypothèses émises sur les relations des noyaux de la 6e et de la 3e paire.

Séance du 29 *octobre* 1886.— PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

12. Résultat de la méthode des lavements gazeux dans les affections tuberculeuses des voies respiratoires supérieures : phthisie laryngée, ulcères du larynx; par M. L. BERGEON (de Lyon).

Les manifestations de la tuberculose dans les voies respiratoires supérieures sont le plus souvent accessibles à la vue; soit directement, soit avec le laryngoscope, elles permettent alors un traitement local modifiant la vitalité des tissus : cautérisations, application de médicaments topiques pulvérisation, etc. Mais, lorsque l'affection est franchement tuberculeuse, l'intervention directe échoue souvent; la récidive est la règle, la laryngite devient rebelle et l'ulcération persiste malgré les moyens employés.

Ayant eu l'occasion de traiter un certain nombre de phtisiques atteints, de ces laryngites, nous avons été conduit par l'observation à abandonner le traitement local et à le remplacer par les lavements gazeux. Nous avons constaté que l'on arrivait bien plus rapidement à la cessation de la douleur, des spasmes et plus sûrement à la cicatrisation. Nous pourrions citer des observations, nous préférons soumettre à votre examen une malade qui a obtenu par cette méthode une guérison complète d'ulcères laryngiens. Elle est presque aphone : ses cordes vocales étaient en partie détruites lorsqu'elle est venue me trouver le 27 janvier dernier à la 3e période d'une phtisie pulmonaire. A ce moment elle souffrait tellement de la gorge qu'elle restait parfois plusieurs jours sans manger, afin d'éviter les douleurs de la déglutition. Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et de la nature de sa laryngite, ne peut être mis en doute puisque, en auscultant la malade, vous constaterez la présence de cavernes cicatrisées.

L'expectoration est comme tarie depuis 7 mois, elle n'est plus que de 3 à 4 grammes par 24 heures ayant l'aspect de la salive. Mais au microscope on constate la présence de bacilles en grande quantité.

La cicatrisation des ulcères s'est bien maintenue malgré les accidents qui sont survenus pendant cette période de 7 mois, il y a eu des coryzas, de la grippe, des malaises tenant aux variations de la température et à l'état pathologique des poumons; cependant cette malade ne s'est pas alitée un seul jour, elle n'a jamais interrompu son travail et ne s'est plus plainte des maux de gorge qui la tourmentaient auparavant.

Elle vient de faire le voyage de Lyon par un temps froid et humide; vous voyez cependant que son état général n'est pas aussi mauvais qu'on aurait pu le craindre avec les signes stéthoscopiques de sa poitrine qui attestent la disparition d'une notable partie du parenchyme pulmonaire.

La laryngite simplement inflammatoire guérissant par les moyens ordinaires, nous n'insistons pas sur les lavements gazeux; cependant ils agissent plus vite que les autres moyens et nous concluons à l'emploi des injections rectales de médicaments gazeux dans les affections inflammatoires simples des voies respiratoires; mais surtout dans les inflammations rebelles de nature tuberculeuse; non seulement la guérison sera plus sûrement et plus rapidement obtenue, mais on aura évité au malade les souffrances qui accompagnent presque toujours l'intervention directe.

M. BERGEON, répondant à une question de M. Moutard-Martin, dit qu'il croit à une grande différence entre l'action des eaux sulfureuses prises par la voie stomacale et celle des injections rectales de gaz sulfhydrique. Il existe plusieurs observations de patients traités sans succès aux Eaux-Bonnes et à Cauterets et très améliorés par sa méthode.

M. CHAUFFARD demande si ce traitement n'agirait pas, moins sur la tuberculose elle même que sur les processus pyogènes qui l'accompagnent.

M. CORNIL dit que c'est en effet ce qui paraît résulter d'expériences en cours d'exécution sur des animaux rendus tuberculeux. La marche de la tuberculose est enrayée, mais la maladie n'est pas supprimée : les bacilles n'ont pas disparu.

13. Goître suppuré. — Ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droites, — Ligature de la carotide primitive.— Mort; par LEJARS et LE ROY, internes des hôpitaux.

L... Charles, tailleur, 64 ans, entre le 10 septembre 1886 à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 3 (service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. le Dr P. Segond). Il porte à la région latérale droite du cou une tumeur dont le début remonterait à huit ans. Elle s'est développée peu à peu, sans cause connue (le malade n'est pas originaire d'un pays à goîtres), sans accidents aigus; aujourd'hui encore, elle gêne la respiration dans les efforts et la marche, mais il n'y a pas d'accès de suffocation.

Le volume actuel de la masse est celui d'une orange attenant à la trachée, se déplaçant dans les mouvements de déglutition, elle est assez régulièrement sphéroïde, lisse à la surface et sans bosselures, donnant sur toute son étendue une sensation de fausse fluctuation. Sous son bord postérieur, on sent battre la carotide primitive. Le larynx et la partie supérieure de la trachée sont fortement refoulés à gauche. Pas de souffle ni de battements; pas de ganglions au voisinage; aucune atteinte à la santé générale. On porte le diagnostic de goître parenchymateux, localisé au lobe droit du corps thyroïde.

Le 14 septembre, ponction avec l'aspirateur Potain (aiguille désinfectée et flambée), au point culminant de la tumeur; il sort à peine quelques gouttes d'un liquide séreux. la canule est fixée dans une masse solide.

Le 20 septembre, le malade est pris de fièvre, d'inappétence; la langue est blanche, le cou est un peu tuméfié. Les jours suivants, l'état s'aggrave; la tumeur est devenue chaude et douloureuse, la peau est rouge et œdématiée à la surface, dyspnée croissante, fièvre.

Le 24, la fluctuation est très nette dans la plus grande partie du goître. M. Segond incise la tumeur sur la ligne médiane, en bas : il sort une grande quantité de liquide brunâtre et sanguinolent, mêlé de gaz putrides. On élargit l'incision et le doigt pénètre dans une vaste poche. Contre-ouvertures à droite et à gauche en haut : deux drains qui se rejoignent dans l'incision inférieure. La tumenr a diminué de trois quarts : il s'est écoulé environ 500 grammes de liquide. Soulagement immédiat. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, l'état général se relève. Lavages quotidiens de la poche avec la solution phéniquée.

Le 18 octobre, on constate que le pus a pris une odeur fétide. Le 19, on retire par les plaies des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Le 21 octobre, dans la nuit, survient une hémorrhagie qui traverse le pansement ; le sang coule en bavant par la plaie médiane du cou. On fait de la compression.

Le 22, le sang a continué à couler en nappe par la plaie inférieure : c'est du sang noir. — On bourre la poche avec de la gaze iodoformée, compression.

Vers six heures du soir, le pansement est encore une fois imbibé par le sang. — On refait le tamponnement.

Le 23. Le malade a saigné encore pendant la nuit. On se décide à une intervention d'urgence.

M. le Dr Ménard, chef de clinique, pratique sur le devant du kyste une incision oblique en haut et à droite, partant en bas de la plaie médiane préexistante : la paroi kystique est largement fendue et l'on tombe dans une cavité pleine de caillots et de détritus sphacélés. A peine l'a-t-on débarrassée d'une partie de son contenu, qu'un jet de sang rouge s'échappe de la région des gros vaisseaux. — Compression de la carotide au bas du cou, curage rapide de la cavité avec les doigts ; un autre jet de sang rouge, à la partie supérieure ; on jette une pince sur le vaisseau qui donne. On a peine à reconnaître les gros vaisseaux au milieu du magma noirâtre qui les enveloppe ; enfin on aperçoit la carotide primitive largement ulcérée dans sa partie moyenne. Il faut alors suivre en bas le paquet vasculo-nerveux et descendre, en disséquant la face profonde du sterno-mastoïdien, jusqu'auprès du sternum, où la carotide est isolée et liée. — On place un second fil au-dessus du point ulcéré, puis quelques autres sur des vaisseaux plus petits. — L'hémostase est définitive. — Suture d'une partie de la plaie; pansement. Mais le malade avait perdu toute connaissance, le pouls était filiforme, la respiration de plus en plus lente. Mort au bout de vingt minutes.

Autopsie. — Toute la moitié droite du corps thyroïde est transformée en une cavité anfractueuse qui recevrait la

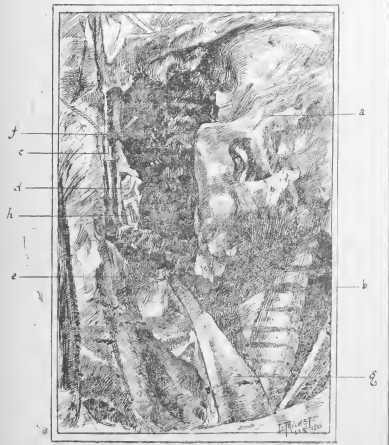


Fig. 3. — a. Goitre. — *b*. Trachée. — *c*. Jugulaire interne. — *d*. Ulcération de la carotide primitive. — *e*. Ligature de la carotide. — *f*. Ligature supérieure. — *g*. Sterno-mastoïdien. — *h*. Cavité du kyste.

moitié du poing; sa paroi est tapissée en dedans d'une épaisse couche noirâtre et fétide. Cette paroi se laisse disséquer assez bien en avant, en dedans, en bas ; en avant, elle est trouée d'un orifice où passait le drain; en bas, elle se prolonge jusqu'à deux doigts de la fourchette sternale. — Par sa partie externe, elle adhère intimement au paquet vasculo-nerveux du cou. — La carotide et la jugulaire, coiffées en haut et en bas par la réflection de la membrane kystique, sont à nu dans une hauteur de 5 centimètres et baignent, par leur face interne, dans le contenu sanieux du kyste (*fig.* 3).

Dans la moitié inférieure de cette portion dénudée, la carotide est largement ulcérée. Sa paroi interne s'est rompue; on en retrouve quatre lambeaux : un supérieur, demi-annulaire, bordant en bas une première déchirure; deux autres, plus bas, entre lesquels s'ouvre un second orifice déchiqueté ; plus haut, à 1 centimètre au-dessus du point ulcéré, le fil de la ligature supérieure. La veine jugulaire interne, elle aussi, est déchirée en long sur une longueur de 1 centimètre, au même niveau que l'artère. Au-dessous de la poche, on retrouve la ligature inférieure de la carotide primitive, qui porte à 4 centimètres de son origine. Les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures sont volumineuses, mais ne présentent pas trace d'altération. La trachée est aplatie latéralement et dessine une convexité tournée à gauche, dans sa partie supérieure. L'isthme thyroïdien est gros et fait partie de la tumeur; le lobe gauche est de volume à peu près normal. Rien à noter dans les autres organes.

Réflexions. — Les ulcérations des gros vaisseaux, au contact des foyers purulents du cou, ne sont pas rares : les rapports de MM. Le Dentu et Ch. Monod à la Société de chirurgie, les Bulletins de la Société anatomique en contiennent plusieurs faits. Mais nous n'avons trouvé, dans les Bulletins de la Société, qu'un seul cas d'ulcération carotidienne dans un goître suppuré : c'est une observation de Poumet (1837) : goître incisé et suppuré; au bout de dix jours, hémorrhagie en nappe, vomissements de sang et mort avec des symptômes d'hémorrhagie interne. La carotide était ulcérée au contact de la tumeur. La jugulaire interne thrombosée au même niveau; enfin l'œsophage, ulcéré aussi, avait servi de voie au sang, qui s'était accumulé dans l'estomac. — Pour nous, nous relèverons deux points dans notre observation : 1° L'impossibilité d'attribuer au drain la moindre action dans la pathogénie de l'ulcération vasculaire; il a été constaté qu'il passait à deux travers de doigt, au moins, au-dessus du point ulcéré; 2° l'adhérence de la paroi kystique aux gros vaisseaux, adhérence que le processus inflammatoire avait rendue plus intime, et qui eût nécessité, dans l'hypothèse d'une thyroïdectomie ultérieure, la résection de la carotide et de la jugulaire sur une longueur de plusieurs centimètres.

14. Sarcome ossifiant de la fesse ; par Lejars, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Bl... Madeleine, 68 ans, entre le 31 août 1886, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 17 (service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. le Dr P. Segond). C'est une femme petite, maigre et d'aspect cachectique. Il y a trois ans, elle fit une chute sur la hanche gauche; elle ne fut pas obligée de s'aliter, mais la marche resta douloureuse, et c'est à cette époque que la malade fait remonter le début de sa tumeur fessière.

On constate aujourd'hui à la fesse gauche : Une masse ellipsoïde, formant un relief arrondi, sans changement de coloration de la peau ; à bord net, s'étendant en haut jusqu'à un doigt au-dessous de la crête iliaque; en bas, à trois doigts au-dessus de la tubérosité de l'ischion; en dehors, jusqu'à la ligne ilio-trochantérienne ; en dedans, jusqu'à l'aile du sacrum. Cette tumeur est mobile sur le plan profond dans tous les sens, très dure et ligneuse à la pression, sans trace de fluctuation en aucun point. Pas de ganglions dans l'aine. L'articulation coxo-fémorale joue facilement; quelques craquements d'arthrite sèche. Rien dans la fosse iliaque, ni dans le reste de l'abdomen.

7 *septembre*. Opération. M. Segond fait sur la tumeur une incision verticale de 20 cent. environ ; on tombe sur la face superficielle du grand fessier, qui est sectionné dans toute la hauteur de l'incision cutanée : nombreux jets de sang venant de l'épaisseur même du muscle. Quelques

pinces sont jetées sur les plus gros vaisseaux, puis la décortication de la tumeur, qui paraît alors à nu, est faite avec les doigts et rapidement conduite sur toute sa surface; en quelques instants, elle est énucléée, la cavité est bourrée d'éponges, et l'on fait de la compression. Puis la masse des éponges est soulevée peu à peu par l'un de ses bords, et chaque vaisseau saisi avec une pince, à mesure qu'il est découvert. On résèque quelques débris restants de la loge de la tumeur; on constate qu'elle siège dans l'intervalle du grand et du moyen fessier, espace qu'elle occupe en totalité jusqu'aux insertions voisines des muscles à la crête iliaque. Elle n'adhérait en aucun point au squelette pelvien. Drainage, sutures, pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent très simples. La température s'élève une seule fois à 38°. La réunion se fit d'emblée sur la plus grande partie de la plaie; le 1er octobre, la cicatrisation était complète.

La tumeur enlevée a le volume des deux poings. La surface est gris-rougeâtre, bosselée, entourée d'une coque d'aspect fibreux qui s'est rompue par places et livre passage à de petits mamelons arrondis. On essaie de la fendre en travers, mais le couteau se heurte à des tractus osseux qui résistent; il faut se servir de la scie et scier la masse dans toute son épaisseur.

La surface de coupe présente l'aspect suivant: sur un fond rosé, plus foncé par places, émergent de très nombreuses lamelles osseuses, irrégulières, épaisses de 5 à 6 millimètres à leur partie centrale, s'irradiant en spicules dans le tissu du néoplasme; la coupe ne saigne pas et paraît très peu vasculaire.

A l'examen histologique, la portion molle de la tumeur a la structure du sarcome à cellules rondes: à peine çà et là quelques vaisseaux. Les fragments osseux, décalcifiés dans l'acide formique au tiers, se montrent constitués par des systèmes de Havers très réguliers, adossés les uns aux autres, et se croisant entre eux dans tous les sens, sans direction prédominante. En résumé, l'intérêt de cette tumeur semble résider dans l'abondance de ses travées osseuses, d'une part; et, d'autre part, dans son indépendance du squelette.

15. Présence normale de deux microbes pathogènes (staphylococcus et bacille court) dans le cholédoque. Injections expérimentales après ligature du cholédoque. Injections de même nature au cours d'affections du foie et des voies biliaires de l'homme; par le Dr Netter, chef de clinique médicale à la Pitié.

Il y a lieu de se demander si les microbes présents dans le tube intestinal ne remontent pas normalement jusqu'à une certaine hauteur dans le canal cholédoque, ainsi que cela a été démontré pour le conduit pancréatique. Ce premier point résolu par l'affirmative, il faudra rechercher si, dans des conditions spéciales, ces microbes peuvent passer des conduits biliaires dans le sang et déterminer des troubles de la santé. Des recherches que j'ai entreprises à ce sujet, je puis tirer, dès l'heure actuelle, quelques conclusions que je présente à la Société anatomique.

Je me suis d'abord assuré, et par l'examen microscopique et par la culture, de l'existence pendant la vie, de microrganismes dans la dernière partie du cholédoque. Normalement ces microrganismes manquent dans la vésicule biliaire. En liant le canal cholédoque immédiatement au-dessus de l'ampoule de Vater, je retiens ces microrganismes dans les voies biliaires. Dès le premier jour, les cultures de bile prise dans la vésicule ne restent plus stériles.

Les bactéries, dans ces expériences, ne s'arrêtent pas à la vésicule, ni aux ramifications biliaires. L'examen direct, les cultures, montrent qu'elles ont passé dans le foie et dans le sang. Et cependant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises. Il n'a été introduit aucun organisme nouveau. La ligature du cholédoque a suffi à modifier les conditions qui, à l'état normal, empêchent l'arrivée des microbes dans la vésicule et leur pénétration dans les capillaires du foie.

Les organismes que j'ai trouvés dans le sang et dans la bile, après la ligature du cholédoque, appartiennent à deux espèces différentes. L'une, constituée par des grains arrondis, l'autre par des bâtonnets courts. La première espèce est le staphylococcus aureus. Elle se caractérise facilement par l'apparence jaune orangé des cultures. Injectée, elle produit les accidents classiques de l'infection par staphylocoque. L'autre, l'organisme bacillaire donne des colonies d'un blanc opaque à croissance rapide. Il diffère des microbes bacillaires à nous connus. Injecté dans le foie ou la vésicule, il entraîne une dégénérescence vitreuse disséminée des cellules hépatiques. Cet organisme est capable de provoquer une endocardite végétante, si l'on a préalablement lésé le cœur de l'animal.

Après ligature du cholédoque, il peut y avoir infection par le seul bacille (deux lapins, un cobaye), infection par le staphylococcus aureus isolé (un lapin, un cobaye), infection mixte (trois lapins, un cobaye.)

Dans l'infection par staphylocoque, la température rectale du lapin s'élève et peut atteindre 41°. Il y a des ulcérations de la muqueuse de la vésicule et des gros conduits, des abcès du foie et même d'autres organes. Dans l'infection bacillaire, on observe un abaissement notable de la température, qui peut aller au-dessous de 34°. Le foie présente des altérations cellulaires. L'inspection mixte présente une association des lésions anatomiques. Il semble que le lapin soit plus sujet à l'infection bacillaire.

Il est légitime de penser que des infections de même ordre peuvent se produire dans l'organisme humain, soit après la lithiase biliaire, soit au cours d'altérations diverses du foie. Un certain nombre d'observations justifient, dès l'heure présente, ce rapprochement.

Au cours de la lithiase biliaire avec obstruction du canal cholédoque, nous avons observé et cultivé les deux espèces. Le bacille était présent dans un cas d'angéiocholite calculeuse, dont M. Potocki a présenté les pièces à la Société anatomique. Il était également présent dans les foyers d'angéiocholite et dans le sang de la malade, dont nous avons, avec M. Martha, rapporté l'histoire (*Archives de Physiologie*, 15 juillet 1886).

Nous avons trouvé le staphylococcus aureus dans le sang d'une malade, au cours d'accès de fièvre intermittente biliaire, liée à la lithiase. Brieger (*Zeitschrift fur Klinische Medicin*, 1886) a également cultivé le staphylocoque dans un cas d'infection purulente, après calcul oblitérant le cholédoque. Dans un cas d'ictère grave, coïncidant avec une tuberculose miliaire aiguë généralisée, les cultures du sang et de la rate nous ont permis de constater le développement du staphylococcus aureus. Dans un cas d'ictère grave secondaire à une cirrhose hypertrophique graisseuse alcoolique, nous avons retrouvé, dans le sang vivant et le foie, les deux organismes (staphylocoque et bacille). Dans un ictère grave primitif, actuellement soigné dans le service de M. Brouardel, la culture du sang a donné lieu au développement du staphylocoque. Toutes ces constatations nous autorisent à accepter que ces injections biliaires jouent sans doute un très grand rôle dans la production des accidents terminant des affections hépatiques et peut-être même dans la genèse de l'ictère grave primitif.

16. M. Besançon présente l'estomac d'une femme morte en 10 jours d'urémie par néphrite calculeuse. Elle avait eu des vomissements et de la dyspnée urémique. Sur l'*estomac* on trouve de petites *ulcérations lenticulaires*; il n'y en avait pas dans l'intestin. Le cœur était dilaté.

M. Cornil demande un examen histologique pour confirmer l'altération de la muqueuse. Les ulcérations urémiques de l'estomac ne sont pas connues mais s'expliqueraient là comme sur les autres muqueuses où l'on en rencontre par un catarrhe intense.

17. Tumeur cancéreuse de l'aisselle droite. — Cancer consécutif du sein; par le Dr Bailly, de Chambly (Oise).

Apparue il y a trois ans environ, cette tumeur se présentait alors sous la forme d'une excroissance charnue de la

grosseur, de la consistance et de la coloration d'un grain de groseille rouge reposant sur une base indurée circulaire d'un centimètre de diamètre, ne paraissant intéresser que l'épaisseur du derme.

La malade, rebelle aux conseils donnés à cette époque, réclame elle-même l'ablation au commencement du mois courant. L'ulcération, l'odeur, la gêne, la douleur l'ont déterminée. La tumeur comparable à un tronc de cône aplati est située dans la région de l'aisselle droite, appliquée immédiatement sur sa paroi interne, confinant par son sommet au sommet du creux axillaire, par sa base à la périphérie du sein droit, par ses bords aux bords externes du grand pectoral et du grand dorsal qui tous deux la recouvrent en partie. Peu mobile, elle ne semble cependant pas adhérer à la paroi costale sur laquelle elle repose. A l'extérieur, elle fait saillie sous forme d'une excroissance de la grosseur d'une noix, bosselée, inégale, rouge, violacée, légèrement ulcérée. La peau qui recouvre le sein est un peu rétractée vers la tumeur. Mais celle-ci, très indurée, ne paraît avoir aucune connexion avec la glande mammaire. Le bon état général de la malade qui a 68 ans, l'absence de ganglions de voisinage, la persuasion où j'étais que le sein est indemne, le désir de la malade elle-même, m'engagent à l'opérer le mardi 12 octobre, assisté de mon confrère, le Dr Gey de Mésker.

La malade étant chloroformisée, une incision de six cent. est pratiquée du sommet du creux de l'aisselle dans le sens vertical; de là deux incisions courbes circonscrivent la tumeur. En commençant à faire la dissection je m'aperçois que profondément des tractus fibreux relient contre mon attente la tumeur au sein. J'agrandis mes deux incisions et j'enlève à la fois le sein et la tumeur; la dissection est délicate dans le creux de l'aisselle, mais ne présente pas de difficulté sérieuse, le paquet de nerfs et de vaisseaux étant soigneusement évité. La plaie béante ne donne que peu de sang. Quatre ligatures d'artérioles faites au catgut y sont abandonnées. Dix points de suture au crin de Florence réunissent les lèvres de la plaie où sont placés deux tubes à drainage, l'un de 15 centimètres remontant dans le creux de l'aisselle, l'autre placé un peu obliquement sous les points de suture correspondant à la mamelle enlevée. L'antisepsie a été pratiquée avec soin à l'aide de l'acide phénique.

Le lendemain de l'opération, la malade s'est plaint de fourmillement et d'insensibilité de la main et des doigts. Ce phénomène indiquant que le plexus nerveux a probablement été mis à nu, disparaît au bout de 24 heures. Au 5e jour, une douleur violente apparaît au niveau de la plaie; il s'est formé une petite collection purulente qui disparaît au bout de 2 jours par le lavage à l'eau phéniquée à travers les tubes à drainage et par l'apposition extérieure de poudre d'iodoforme. Sauf ces deux incidents très légers la guérison s'affirme rapidement. La réunion par première intention est obtenue au 14e jour; un tube en caoutchouc successivement raccourci est enlevé ce jour-là; le surlendemain le second tube est également enlevé et le 18e jour la cicatrisation est complète.

Examen histologique par Budor, interne des hôpitaux. La tumeur, examinée au microscope, présente les caractères du carcinome squirrhe; travées fibreuses présentant de nombreuses lacunes remplies de grosses cellules carcinomateuses. Au voisinage du kyste néoplasique les culs-de-sac glandulaires sont dilatés; leur épithélium prolifère jusqu'à oblitérer complètement la cavité de certains d'entre eux.

MM. Ballue, Crivelli et Bergeon sont nommés membres correspondants de la *Société anatomique*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 *janvier* 1887. — Présidence de M. Horteloup.

M. Trélat dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. le Dr Sébastapoulo (de Constantinople), ancien élève de la Faculté de Paris, deux observations de *plaie pénétrante de l'abdomen avec plaie de l'intestin grêle*. Dans un cas, pas d'accident, pas d'intervention et guérison; dans l'autre, plaie irrégulière, épanchement de matières fécales et de sang, laparotomie, résection intestinale et guérison, malgré l'usage d'instruments nullement chirurgicaux. (Renvoi à l'examen d'une commission).

M. Terrier dépose sur le bureau la thèse du Dr Magnin sur la castration chez la femme.

M Trélat vient répondre à M. Tillaux au sujet des *plaies pénétrantes de l'abdomen avec plaies de l'intestin grêle par balles de petit calibre*. Il laisse de côté les deux premiers points de la question qu'a discutés M. Tillaux (1). — Mais il tient à répéter ce qu'il a dit précédemment et imprimé, à savoir que: 1° Lorsqu'un individu a une plaie pénétrante de l'abdomen, s'il y a des signes incontestables de perforation, il faut faire la laparotomie. — 2° Quand le même blessé ne présente pas ces signes, mais que bientôt une péritonite se déclare, il faut encore opérer et opérer de suite, car la péritonite relève de la perforation. Les statistiques (Chenu et Malgaigne, Otis, etc.) prouvent que la mortalité est énorme (92 0/0 environ) dans les plaies de l'abdomen avec plaies de l'intestin. Pour les plaies du gros intestin, la proportion est à peu près la même, mais pour les plaies de l'intestin grêle, la mortalité est encore plus grande, puisqu'elle est de 99,23 0/0. M. Trélat se demande pourquoi M. Tillaux admet que la laparotomie aggrave l'état des malades quand elle est pratiquée dans ces cas pour les plaies de l'intestin. Il démontre qu'au contraire on rend service aux malades, puisque après la laparotomie la statistique des décès est de 60 0/0 au lieu de 99 0/0 (sur 10 opérés, il y a en effet 4 *succès*). M. Trélat ajoute que la paralysie de l'intestin, après la laparotomie, est une cause de mort qu'il faudrait mieux connaître et chercher à combattre.

M. Desprès soutient à nouveau les idées qu'il a défendues à la dernière séance.

M. Tillaux maintient les conclusions de son travail lu dans la dernière séance. Il ne veut accepter la laparotomie que lorsque la péritonite est absolument certaine ou que la plaie de l'intestin est évidente. Il prétend qu'on doit attendre, et ne veut pas opérer dès l'apparition des premiers symptômes d'une péritonite.

M. Lannelongue montre des *pièces anatomiques* provenant de l'autopsie d'un enfant, atteint de *diphtérie* et du croup le 7 décembre dernier et opéré (trachéotomie sans accidents consécutifs, sauf *érysipèle* de la plaie le 19 décembre). A cette époque: phénomènes douloureux dans la hanche droite avec empâtement profond de la région. Le 4 janvier, on diagnostique: *arthrite de la hanche avec abcès périphérique;* à cette époque on constate en même temps une *luxation spontanée de la tête du fémur en arrière*. Mort le 6 janvier. M. Lannelongue insiste sur la rareté des autopsies de luxation pathologique et sur les causes de l'arthrite coxo-fémorale. Il montre les lésions trouvées par lui à l'autopsie: altérations osseuses très marquées, bord cotyloïdien détruit en arrière ainsi que le ligament rond et le cartilage du cotyle; abcès dans la gaîne du psoas. Cette arthrite doublement infectieuse (diphtérie et érysipèle) a succédé, d'après M. Lannelongue, à une variété très rare d'ostéomyélite (épiphysaire) infectieuse de la tête du fémur. Il croit que l'érysipèle en est la principale cause, étant donné que les agents virulents de cette affection sont les mêmes que ceux de l'ostéomyélite.

M. Verneuil fait ressortir l'importance de cette autopsie relativement à la compréhension du mécanisme des luxations pathologiques aux cours des maladies articulaires, point sur lequel M. Lannelongue d'ailleurs a insisté.

M. Le Dentu a vu dans son service un garçon de 18 ans qui avait un abcès de la région coxofémorale et qui présenta à la suite une luxation spontanée de la tête du fémur en arrière. Il dut faire la résection coxofémorale. Mort par suppuration.

M. Tillaux demande à M. Lannelongue si ce sont bien les petits foyers de suppuration qu'on voit dans la tête du fémur de son malade qui ont été le point de départ de l'arthrite.

(1) Voir *Prog. méd.*, 1887, n° 2, p. 32.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DECEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1886 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**



(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

PASTILLES GÉRAUDEL — MARQUE DÉPOSÉE

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

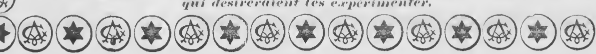
L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur

A. GÉRAUDEL

Pharmacien à ***Ste-Ménehould*** (Marne)

(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)



M. Lannelongue répond oui et signale ce fait comme une rareté.

M. Beltz (de Paris) présente un fœtus qui est un bel exemple de la monstruosité désignée sous le nom de *Cyclope à trompe*. Il est né à terme et a vécu deux minutes après l'accouchement, mais il est mort par impossibilité de respirer.

Élections. — *Associés étrangers* : MM. Thompson (de Londres) et Albert (de Vienne), sont nommés associés étrangers, à l'unanimité des suffrages. — *Correspondants étrangers* : MM. Reverdin (Aug.) (de Genève) et Maydl (de Vienne), sont nommés : le premier, à l'unanimité (26 voix sur 26), le second avec 22 voix. — *Correspondants nationaux* : M. Bruch (d'Alger) est nommé, au premier tour de scrutin, par 17 voix (votants, 29 ; majorité, 15); au deuxième tour, M. Mouchet (de Sens), est élu par 16 voix (votants, 29 ; majorité, 15) ; au troisième tour, M. Heydenreich (de Nancy) est nommé par 13 voix (votants, 23 ; majorité, 12), contre M. Guerlain (9 voix),

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du jeudi 6 janvier 1887. — Président : M. Petithan. — Secrétaire général : M. Schiffers.

M. Leplat donne lecture d'un travail sur la *régénération de l'humeur aqueuse après la paracentèse de la cornée*. Pour ses expériences, il s'est servi d'injections sous-cutanées d'iodure de potassium. Il ponctionne la cornée d'un œil de lapin, en même temps qu'il fait une injection hypodermique de KI, et laisse écouler l'humeur aqueuse qui se reforme, jusqu'à ce qu'elle contienne de l'iode. Alors, il permet à la chambre aqueuse de se rétablir, ce qui est fait après 20 minutes. Il énuclée les deux yeux, les congèle et recherche l'iode par l'amidon dans une quantité égale de l'humeur aqueuse des deux yeux. Toujours il obtient moins d'iode dans l'humeur aqueuse de l'œil ponctionné que dans l'autre. Il explique ce résultat en admettant que la plus grande partie du liquide provient par filtration du corps vitré, qui, lui, ne renferme de l'iodure potassique que plus tard. La contre-épreuve a été faite : Même expérience ; deux heures après l'injection, alors que le corps vitré contient beaucoup d'iodure, l'humeur aqueuse régénérée est plus riche en iode que celle de l'œil congénère. D'autres expériences ont prouvé que ces résultats ne sont pas dus à l'hypotonie produite par l'évacuation de la chambre aqueuse. La conclusion est que l'humeur aqueuse se régénère après la ponction de la cornée, en très grande partie aux dépens du corps vitré par filtration à travers la zone de Zinn et en moindre partie au dépens du corps ciliaire. Il n'étend pas ses conclusions à la circulation des liquides dans un œil intact.

M. Fraipont, dans les cas d'érysipèle à la suite de plaies, emploie les lavages au moyen d'une solution faible de sublimé. Au moyen de ce traitement, la température s'est abaissée et l'affection enrayée. Dans l'érysipèle facial, M. Jorisenne employe un mélange de vaseline, de beurre de cacao et d'une assez grande quantité de sublimé. Il a observé les mêmes bons résultats.

M. Fraipont présente une femme qui a subi la castration. Cette femme était atteinte d'endométrite hémorrhagique qui résistait à tous les traitements ; elle était de plus sujette à de très violentes douleurs de la région ovarienne. Après l'enlèvement de l'ovaire, les douleurs ont tout à fait disparu.

Association des Dames françaises pour secours aux blessés. — L'Association des Dames françaises vient de donner *mille* francs à la souscription de la Presse pour les inondés du Midi ; en outre elle fait distribuer en ce moment 2,200 francs dans les localités les plus éprouvées. Les conférences que l'Association organise chaque année pour les Dames qui veulent se préparer à être aptes à donner ses soins aux blessés en cas de guerre, recommenceront le 14 janvier à 4 heures 1/2 au siège de l'Association, 15, rue J.-J.-Rousseau. La première conférence sera faite par M. le Dr Thermes.

Congrès de l'Association médicale du Canada. — Il aura lieu cette année à Hamilton (Ontario), sous la présidence du Dr Graham. L'association tiendra ses séances de suite après la cloture du Congrès international de Washington.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Paolo Conte e la Grande Isteria ; del dott. Leonardo Bianchi, Naples, 1886.

II. Bozetti antropologici : (**Un triste retaggio**) ; par Angelo-Zuccarelli (*Napoli litteraria.* — Anno III, N° 4).

III. Frai degenerati ; par Angelo-Zuccarelli. (*Napoli litteraria* 1886. Anno III. N° 7).

IV. Reminiscenza e musica ; par G. Sergi. (*Napoli litteraria*, 1886. Anno III. N° 8).

V. Segnacoli della delinquenza ; par Angelo-Zuccarelli (*Napoli litteraria*, 1886. Anno III. N° 15.)

VI. Ancora trai delinquenti per degenerazione ; par Angelo-Zuccarelli. (*Napoli litteraria*, 1886. Anno III. N° 25.)

VII. Civiltà e delitti ; par R. Garofalo. — **Polemica** ; par C. Lombroso. — **Influenza dei fattori fisici e sociali sulla delinquenza** ; par N. Colajanni. — **Criminalità e semitismo in Sicilia** ; par C. Lombroso. — **Ancora sulle cause della delinquenza** ; par N. Colajanni. (*Napoli litteraria*, 1886. Anno III. N°s 4, 14, 17, 19, 20, 29).

VIII. L'anima funzione biologica di tutto il corpo ; par E. Morselli (*Napoli litteraria*, 1886. Anno III. N° 12).

I. Il s'agit d'un jeune prêtre d'une vingtaine d'années, P. Conte, qui aurait été victime de deux agressions consécutives ; il avait reçu auparavant des lettres menaçantes, anonymes, mais où se trouve cependant révélé le nom d'un autre prêtre qu'il accusa ensuite de les avoir écrites et d'avoir dirigé les coups des agresseurs. Or, tous ces faits sont des plus suspects. P. Conte est un hystérique avéré, et tout dans les lettres, dans les agressions, dans ses accusations est étrange, invraisemblable, contradictoire, romanesque. Aussi, se rappelant de nombreux faits analogues parmi lesquels nous citerons le procès de Dona Sagrera, qui fit tant de bruit autrefois, l'expert, le Dr Bianchi, conclut que de l'analyse des faits et de l'état mental de P. Conte, il est fort probable que les *deux agressions ont été simulées*. Malgré ces conclusions, les accusés furent condamnés.

Après la lecture de ce rapport médico-légal, nous ne pouvons nous empêcher de former, avec le Dr L. Bianchi, le vœu que ce procès ne soit pas un nouvel exemple d'une erreur judiciaire provoquée par les mensonges d'un hystérique.

II. C'est une causerie littéraire sur un malade, portant les stigmates physiques évidents de la dégénérescence, et qui du côté de l'intelligence présente aussi les marques de la tare héréditaire. Faible d'esprit, adonné à tous les mauvais penchants, instable, incapable de se livrer à un travail suivi et avec cela ambitieux, romanesque, mécontent de tout, c'est sur ses parents qu'il rejette la responsabilité de ses vices et de son incapacité : il va même jusqu'à se livrer sur eux à des voies de fait, et à 21 ans, après deux tentatives de suicide, il finit à l'asile, misérable victime de l'hérédité pathologique.

III. Cet article est une esquisse à grands traits des dégénérés. L'auteur étudie les vices de leur conformation physique, l'état de leurs facultés intellectuelles amoindries ou déséquilibrées. Il nous montre l'incapacité de ces malades, leurs mauvais instincts qui en font des exploités ou des êtres nuisibles. Aussi la Société doit-elle se mettre en garde contre ces êtres à la fois infortunés et dangereux, qui surveillés et traités dans un asile, sous l'œil de personnes compétentes, peuvent rester inoffensifs ou même devenir utiles en travaillant dans la limite de leurs moyens.

IV. On a l'habitude de faire une grande distinction entre l'instinct et la raison, l'un impulsion aveugle, l'autre guide éclairé. La relation cependant entre les deux est des plus étroites. Ils ont même origine, l'hérédité; l'instinct se rapportant à l'expérience de l'espèce et à l'adaptation au milieu ambiant physique et animé, la raison forme d'expérience et d'adaptation aux conditions d'existence de l'espèce humaine, moins développée dans le sein de l'espèce, mais plus élevée dans le type individuel. L'instinct n'est

pas propre aux animaux, on le retrouve aussi chez l'homme; ce n'est qu'une réminiscence atavique. Chez l'homme il y a d'abord beaucoup de réminiscences de la vie animale, unies à de nouvelles, acquises dans la condition humaine primitive et inférieure, mais cependant bien distinctes des premières, et d'autres encore venant de l'expérience, du développement de l'intelligence, des relations de famille et sociales, des plaisirs ou douleurs éprouvées par l'individu ou les personnes qu'il affectionne et de leurs expressions extérieures, de leurs rapports intimes avec les phénomènes de la vie commune. Toutes ces réminiscences ataviques, en réalité, constituent la vie instinctive et émotionnelle de l'homme.

La musique, outre le plaisir qu'elle procure par le sens de l'ouïe, peut, plus que tous les autres arts, agir sur le fonds émotionnel. Aussi son secours peut-il être grand dans l'éducation : elle rend l'esprit humain plus doux, en renouvelant chez lui les réminiscences affectives. L'harmonie apaise la colère, calme les sentiments de haine et de vengeance et rend l'homme plus sociable ; elle distrait complètement des impressions continues de la vie journalière et des tristes réalités de l'existence, réveille de saines émotions et donne ainsi à l'activité de l'esprit une direction utile et salutaire.

V. De même que la révolution de 1789 éleva les fous, misérables jusque-là, à la dignité de malades, de même aujourd'hui la psychiatrie et l'anthropologie cherchent à soustraire le délinquant à la réprobation universelle et lui assignent une place dans les phases biologiques de l'organisme animal. Une minutieuse observation révèle chez ces individus l'existence d'anomalies, de monstruosités dans les proportions du crâne, de la face, du cerveau et des autres parties du corps; des affections constitutionnelles, des maladies du système nerveux, etc.; des troubles fonctionnels des différents appareils organiques... Or, tout signe dégénératif morphologique est un signe ou un indice de dégénérescence fonctionnelle. Mais cependant, peut-on dire, ces signes de dégénérescence peuvent se rencontrer en dehors des criminels, chez les honnêtes gens? Sans doute, mais le tout est de savoir si ces gens, honnêtes au point de vue du code, le sont réellement au point de vue de la morale.

VI. Dans cet article l'auteur étudie surtout les stigmates psychiques des dégénérés, les anomalies de leur caractère, leurs mauvais instincts, leurs actes impulsifs et nuisibles, souvent automatiques et inconscients.

VII. Ces différents articles ne sont qu'une polémique suscitée par un livre de N. Colajanni (La delinquenza nella Sicilia e le sue cause, Palerme, 1885). R. Garofalo et C. Lombroso protestent contre l'opinion de l'auteur qui prétend que la criminalité en Sicile ne peut s'attribuer au climat ni à la race, mais qu'elle dérive d'un ensemble de causes économico-sociales telles que ignorance et misère du peuple, mode de division de la propriété, manque de communications, etc.

VIII. On admet généralement que l'âme est limitée au cerveau, ou même à la substance corticale, parce que les seuls phénomènes qui entrent dans le champ de la conscience sont ceux qui se développent dans la substance grise corticale. Mais on ne peut plus admettre la conscience dans le vieux sens du mot; tout au plus peut-on parler de phénomènes psychiques conscients. Comme ces états de conscience ou plutôt ces phénomènes psychiques conscients se suivent dans le temps en se provoquant l'un l'autre par une loi physio-psychologique de causalité (association), leur succession nous apparait comme une unité indivisible (conscience individuelle). Mais en réalité cette prétendue conscience, une et simple, se compose à chaque moment d'états psychiques, intellectuels et affectifs, très différents, d'origines d'autant plus diverses que les résidus laissés par les sensations antérieures seront plus variés et que la multitude des impressions venant de toutes les parties de l'organisme sera plus grande. Tout acte mental, même le plus simple, est le résultat d'une élaboration et d'une association très complexe des états psychiques précédents et le produit d'une trame inextricable d'éléments physiologiques, la résultante en somme d'un nombre infini de phénomènes biologiques élémentaires. L'étude de la psychogénie humaine et animale, parallèle à celle de la neuro-embryogénie, nous conduit à admettre que la plus petite parcelle de l'organisme participe au phénomène psychique le plus complexe, l'acte mental conscient. Au point de vue philogénique et ontogénique, l'âme n'est pas seulement une fonction de la substance grise des circonvolutions, mais de tout l'encéphale, de tout l'axe central, de tout le système nerveux, de tout l'organisme.

J. Séglas.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité du fer comme adjuvant dans le traitement de certaines dyspepsies ;

Par le Dr **Albert BLONDEL**, ancien interne des hôpitaux.

Rien de si fréquent que les troubles dyspeptiques. Si fréquents que Beau en faisait la clef de voûte de la pathologie tout entière, en quoi il ne faisait qu'exagérer le nombre des dyspepsies initiales, alors qu'en réalité ce trouble fonctionnel n'est que le résultat le plus souvent secondaire d'autres états morbides. Dyspepsie, en effet, n'est guère qu'un mot, une entité factice qui n'acquiert sa valeur qu'autant qu'il est placé dans le cadre pathologique dont il est la résultante.

Notre but ne saurait être ici de passer en revue l'interminable nomenclature des formes et des espèces de dyspepsies classées ordinairement d'après le symptôme prédominant qui leur a donné naissance. Nous voudrions seulement insister en quelques mots sur la fréquence, la fatalité, dirions-nous volontiers, des dyspepsies liées à une altération de la qualité globulaire. « Les dyspepsies ont le « double privilège d'être à la fois causes et symptômes des « anémies. En tant que causes, elles produisent les ané« mies d'inanition : en tant que signes des anémies en gé« néral, elles contribuent souvent à aggraver l'état des « malades. » (Professeur Sée). En effet, d'une part, l'anémie influe fâcheusement sur la fonction digestive, en ne fournissant qu'un suc gastrique d'autant plus pauvre que l'anémie est plus prononcée ; d'autre part, et après un temps plus ou moins long, l'inanition morbide, due à une dyspepsie de cause initiale quelconque, conduit à de l'aglobulie, qui se manifeste par les symptômes ordinaires de décoloration des tissus, des bourdonnements d'oreilles, palpitations, etc.

Cette altération de la constitution intime de la masse sanguine ne paraît pas, d'ailleurs, uniquement due à de la lésion globulaire. Beau voyait trois formes d'anémie chez les dyspeptiques : l'anémie globulaire, l'anémie albumineuse et l'anémie fibrineuse. D'après le professeur Sée l'albumine seule subit un déchet très rapide. Elle peut diminuer de près de 50 pour 100, et cela dès les premiers jours, ce qui semblerait établir ses propriétés nutritives au premier chef.

Et maintenant, s'il est admis que la dyspepsie provoque fatalement de l'anémie qui vient compliquer l'état morbide et précipiter la chute de l'organisme, il paraît assez naturel de faire entrer le fer comme adjuvant de la médication si variée des dyspepsies La grande difficulté, nous ne saurions le dissimuler, est de pouvoir faire absorber ce médicament par un organisme placé dans de si précaires conditions de réceptivité médicamenteuse.

On se trouve, en effet, dans ce cercle vicieux d'un estomac dont l'état morbide a été la cause des altérations de nutrition et qui cependant doit bien fonctionner pour réparer les pertes de l'économie et relever l'énergie constitutionnelle. Si le problème est peu aisé, il en ressort au moins nettement cette indication majeure de faire choix d'un ferrugineux d'assimilation très facile. Pour nous, qui avons expérimenté nombre de préparations ferrugineuses, nous

nous sommes si souvent heurté à des accidents d'intolérance, action topique agressive, constipation, etc., qu'il ne nous paraît ni superflu, nî déplacé de signaler une préparation dont nous avons toujours recueilli de grands bénéfices : l'albuminate de fer. Ainsi combiné à une substance protéique, le fer est pour ainsi dire déjà en partie digéré et son absorption rendue par suite des plus facile. En outre, cette combinaison du fer avec l'albumine nous paraît remarquablement heureuse pour combattre l'altération du liquide sanguin, qui, en outre de sa lésion globulaire, réside aussi, ainsi que nous venons de le rappeler, dans une notable diminution de l'albumine.

Nous nous expliquons donc aisément les bons résultats produits par ce ferrugineux introduit depuis quelque temps déjà dans la thérapeutique par M. Laprade, dont les récents travaux, sur ce sujet, paraissent avoir réalisé un progrès sérieux dans la thérapeutique martiale.

Il n'est pas inutile d'ajouter que dans la *liqueur de Laprade* l'albuminate de fer est associé au sirop d'écorces d'oranges amères, dont l'effet est des plus avantageux pour combattre l'atonie de l'estomac. De plus, l'administration, à la dose d'une cuillerée à soupe, à la fin de chaque repas, chaque cuillerée ne contenant que 0 gr. 05 de métal *assimilable*, met à l'abri de ces troubles, trop facilement déterminés par l'administration du fer à dose massive.

Rappelons, en terminant, que le succès obtenu dans ces dernières années, par cette préparation dans la thérapeutique gynécologique, et spécialement contre les irrégularités de la menstruation, s'explique facilement, si l'on considère que la chlorose, qui s'accompagne presque toujours de dyspepsie, n'est elle-même, le plus souvent, qu'une anémie dépendant des fonctions génitales.

CORRESPONDANCE

Du catarrhe printanier de Sœmisch.

Strasbourg, le 15 décembre 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Pendant les quelques semaines que j'ai passées à la clinique du professeur Laqueur à Strasbourg, j'ai eu l'occasion de voir plusieurs cas de l'affection décrite récemment par Sœmisch sous le nom de catarrhe printanier. Cette affection se présente avec des caractères tellement typiques, qu'il est rationel d'en faire une entité morbide ; et qu'on est tout surpris de voir qu'elle n'ait pas attiré plus tôt l'attention des observateurs.

Les sujets qui en sont atteints sont des enfants généralement lymphatiques ; et les symptômes dont ils souffrent sont habituellement si peu intenses, que les parents ne viennent consulter qu'alors que la maladie est déjà ancienne.

L'enfant éprouve une irritation des yeux qui se traduit par une sensation désagréable, plutôt que par une douleur véritable ; et, en même temps, les conjonctives paraissent un peu rouges. Ces troubles débutent au printemps, persistent tout l'été, et cessent rapidement à l'automne pour reparaître au printemps suivant. Et les diverses périodes de la maladie se reproduisent ainsi avec une régularité pour ainsi dire mathématique, jusque vers l'âge de 20 ans, époque à laquelle la maladie disparaît définitivement en laissant comme traces de son passage des lésions scléreuses de la périphérie cornéenne, absolument caractéristiques, et sur losquelles je reviendrai tout à l'heure. Cette marche si remarquable de la maladie suffirait déjà pour lui imprimer une physionomie spéciale, à défaut d'une symptomatologie qui est encore, s'il est possible, plus typique.

Lorsqu'on examine les yeux d'un sujet atteint de cette affection, on voit que les cornées présentent dans toute leur partie périphérique une zone bleuâtre presque opaque qui s'avance dans une étendue de 1 à 1 millim. 1/2 à partir du bord de la sclérotique, et qui est limitée vers la partie interne par un bord irrégulier. La partie périphérique de cette zone bleuâtre, généralement dans le tiers ou la moitié inféro-externe de son étendue, est recouverte par un boursouflement gris-jaunâtre, d'apparence colloïde, et qui est parsemé de petites granulations jaunes. Dans toute la région qui correspond à cette lésion spéciale, la conjonctive bulbaire présente une vascularisation exagérée. La succession de ces parties différemment tointées (bleu, jaune et rouge) au niveau du limbe cornéen, donne à l'œil un aspect tout spécial. Ajoutons, pour compléter le tableau clinique, que la conjonctive palpébrale est anémiée et présente une teinte cireuse qui est surtout marquée au niveau du tarse supérieur.

J'ai pu étudier l'anatomie pathologique de cette affection sur les préparations que le Dr Wieger, assistant du Pr Laquour, a eu l'obligeance de me montrer; et j'ai pu constater que la région du limbe cornéen qui est le siège de la tuméfaction, est la seule partie qui présente des lésions intéressantes : lésions qui consistent en une hyperplasie considérable de l'épithélium, qui se fait même vers les parties profondes, sous forme de bourgeon pénétrant dans le tissu cellulaire du limbe cornéen. C'est quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans certaines variétés d'épithéliomas. La partie hypérémiée de la conjonctive bulbaire ne présente rien d'intéressant à noter ; de même que la zone bleuâtre de la cornée, dans laquelle on trouve tout simplement les lésions habituelles de la sclérose. J'ajouterai pour compléter ces notions succintes d'anatomie pathologique, que le Dr Wieger fait en ce moment des cultures qui tendraient à faire admettre que le catarrhe printanier est une affection parasitaire.

Le traitement qui semble donner les meilleurs résultats, est la destruction de la partie tuméfiée par le galvano-cautère.

Veuillez agréer, etc. Dr FERRET.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie pathologique du système nerveux. — Cours complémentaire professé à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1883-1884, par M. RAYMOND, agrégé, médecin de l'hôpital St-Antoine. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886.

M. Raymond publie, sous ce titre, les leçons qu'il a professées en 1884, à la Faculté de médecine. Son livre n'est pas un traité complet d'anatomie pathologique du système nerveux, mais il met l'élève et le praticien au courant des dernières recherches et leur permet d'acquérir sur la matière une excellente vue d'ensemble. M. Raymond le dit lui-même : « Mon but, en livrant ces leçons à la publicité, est de vulgariser, en les simplifiant, autant que possible, sans nuire à la clarté du sujet, les données relatives à l'anatomie pathologique du système nerveux, » et son livre est un très bon ouvrage de vulgarisation, d'autant plus qu'il est enrichi de nombreuses figures facilitant la compréhension du texte ; on y trouve toujours, brièvement exposée, l'anatomie normale à côté de l'anatomie pathologique.

Les leçons de M. F. Raymond commencent par les généralités classiques au début d'un cours de ce genre. L'inflammation, en général, et dans ses rapports avec les lésions du système nerveux, la physiologie générale, les relations anatomiques des éléments y sont successivement passées en revue. L'étude si intéressante des relations anatomiques des éléments, aurait peut-être gagné à être moins brièvement traitée.

Après ces prolégomènes, nous entrons dans la description très claire et suffisamment détaillée des affections méningées, suivie d'une bonne étude des localisations cérébrales et des lésions des ganglions centraux, du cervelet, du bulbe, de la protubérance, etc. Ensuite M. F. Raymond traite des lésions des nerfs périphériques et des organes des sens ; il termine son livre par deux leçons très remarquables, venues bien à propos pour montrer l'état de la science sur la question, toujours si discutée, des troubles trophiques (mal perforant, sclérodermie, arthropathie, etc.

En somme, l'ouvrage de M. Raymond sera consulté avec fruit par tous les médecins ; quant aux débutants, ils auront entre les mains un bon ouvrage d'ensemble sur l'anatomie pathologique du système nerveux.

Précis de médecine légale; par M. Ch. Vibert.

Les réformes accomplies, durant ces dernières années, dans la médecine légale, les progrès réalisés dans cette science, sous l'impulsion de M. Brouardel, imposent à tout médecin, soucieux de la pratique de son art, le devoir de se tenir au courant des innovations de la médecine judiciaire. Afin de répondre à une semblable obligation, il convient d'être familiarisé avec les données fondamentales de la médecine légale, de posséder les principes de la pratique la plus élémentaire et la plus courante. C'est dans ces conditions que M. Ch. Vibert a conçu son précis de médecine légale, travail considérable, puisque les principaux problèmes de cette science sont posés, sinon toujours résolus, avec une netteté et une lucidité remarquables. C'est un livre que tout praticien doit posséder, car il renferme presque tous les conseils scientifiques, afférents à la médecine légale, et constitue un guide précieux pour se conduire prudemment en présence des difficultés médico-légales La première vertu d'un médecin légiste est de connaître les lacunes de son éducation spéciale et d'oser les confesser. L'érudition la plus vaste, en effet, ne suffit pas pour être un bon expert; il faut encore savoir appliquer ses connaissances médicales générales à cette forme spéciale de la médecine. Pour être médecin légiste, dit le professeur Brouardel, il faut avoir des connaissances complètes en médecine, en chirurgie et en accouchements, savoir faire une autopsie, reconnaître les lésions spontanées des lésions provoquées, être exercé aux recherches microscopiques nécessaires pour reconnaître les tâches de sang, de sperme, de méconium, etc., avoir étudié les symptômes et les lésions déterminés par les diverses intoxications; l'expert doit également avoir étudié l'aliénation mentale. Par cela même que l'expert doit être érudit et avoir conscience de son insuffisance dans des circonstances déterminées, il ne faillira pas à l'impérieuse nécessité de solliciter l'adjonction d'un expert plus compétent dans les questions spéciales.

A vrai dire, un traité complet de médecine légale est une utopie. Personne ne peut prétendre exposer ou résumer l'unanimité des problèmes médico-légaux. Ceux-ci présentent des fluctuations trop répétées, et trop subordonnées aux progrès de toutes les sciences industrielles ou autres pour qu'il n'en soit pas ainsi. Malgré tout, le manuel de M. Vibert contient le minimum de ce que chaque médecin doit savoir. A ce titre, M. Vibert a fait une œuvre d'une pratique en quelque sorte journalière et d'une utilité incontestable, puisqu'il transforme le médecin en expert pour le diriger et le suivre aussi bien durant l'Instruction qu'aux Assises. Le procédé instrumental du médecin légiste, relève de la méthode démonstrative et il lui incombe de dire si un point quelconque est ou n'est pas démontré dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, lorsqu'il se trouve aux prises avec les problèmes médico-légaux. Le livre de M. Vibert contient une introduction, comprend quatre parties et renferme un appendice. Dans l'introduction, il signale au médecin, chargé d'une expertise, toutes les formalités qu'il aura à remplir; précise les points sur lesquels doivent porter ses constatations; insiste enfin sur la forme à donner à la rédaction du rapport, ainsi que sur le rôle de l'expert dans les débats publics. La première partie traite des attentats à la vie et à la santé, et aborde l'étude des phénomènes cadavériques, des différents genres de mort violente, et des blessures. L'autopsie médico-légale y est présentée sous un aspect particulier. La mort subite fait l'objet d'un chapitre spécial et réserve bien des surprises à l'expert le plus expérimenté. La deuxième partie est consacrée aux questions relatives à l'instinct sexuel et à la génération. La troisième vise les questions concernant l'identité et l'examen des taches de diverses natures. La technique de ces recherches, notamment pour les taches de sang et de sperme, est exposée avec des détails minutieux. La quatrième enfin est réservée à l'aliénation mentale. Dans un appendice. M. Vibert esquisse les questions de législation et de jurisprudence propres à la profession médicale. L'histoire des empoisonnements est intentionnellement laissée de côté : elle appartient à la toxicologie pure et rentre dans le domaine des chimistes. Toutefois, M. Vibert ne s'est pas complètement désintéressé de cette question, car il a tenu à définir le rôle du médecin légiste dans la première partie de ces expertises. A la fin de son livre l'auteur produit une série de rapports, s'appropriant aux diverses branches de la médecine légale. Chacun d'eux émane d'une plume autorisée et mérite d'être regardé comme un type, comme un modèle.

Ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre, le livre de M. Vibert mérite la confiance de tous les médecins et de tous les étudiants, car il répond à tous les desiderata du médecin expert.

A. Josias.

Note sur vingt-deux opérations de goître; par les Dr J.-A. Reverdin et Auguste Reverdin (Genève, 1883. — F. Librédit.)

Sous ce titre modeste de note, c'est bel et bien un mémoire important, étendu et rempli de remarques des plus instructives, que nos distingués confrères ont inséré d'abord dans la *Revue médicale* de la Suisse Romande et publié ultérieurement en tirage à part. Après quelques considérations sur l'étiologie, la symptomatologie, la forme, le siège et la nature des goîtres qu'ils ont eus à traiter, les auteurs donnent in extenso leurs observations, toutes intéressantes à divers titres. Ils exposent le manuel opératoire de l'extirpation totale, de l'extirpation et de l'énucléation de la thyroïde malade et discutent la valeur partielle de chacune de ces méthodes; quelques paragraphes de cette partie de leur lecture sont consacrés à l'examen de la question de l'anesthésie dans la thyroïdectomie. Vient ensuite l'étude des accidents et des résultats, avec des compléments d'observations recueillies à une époque plus ou moins éloignée de celle de l'intervention. Nous ne pouvons ici présenter une analyse de détail, et nous devons nous borner à mentionner, parmi les accidents tardifs, un complexus symptomatique assez singulier qui s'est plusieurs fois montré deux ou trois mois après l'opération, alors que tout semblait heureusement terminé : faiblesse générale avec pâleur anémique, bouffissure des traits, gonflement des mains, gêne des mouvements, etc. Les auteurs comparent ces phénomènes à ce que l'on a décrit sous le nom de *myxœdème ou de cachexie pachydermique*, et après avoir cherché à en élucider la pathogénie, ils proposent pour ces accidents la dénomination de *myxædème par extirpation de la thyroïde* ou *myxœdèmes opératoires*. Ils résument enfin en quelques pages les indications opératoires et les conclusions qui se dégagent de leur très intéressant travail.

Ch. Petit-Vendol.

Cocaïne in Hay Fever; par Bishop (*F. of the American Med., Association*, 6 février 1886).

L'auteur a pris comme sujet de lecture au collège médical de Chicago, la variété d'asthme connue sous le nom de Hay fever et qu'il appelle catarrhe nerveux afin de mieux spécifier la nature et les symptômes de la maladie. On a essayé comme traitement palliatif de cette affection, la quinine, le chloral, la morphine, les inhalations de chloroforme, etc. La cocaïne en applications locales serait un excellent moyen palliatif. On enlève le mucus nasal, puis on badigeonne avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 25e ou au 50e. On peut également faire des insufflations avec poudre de cocaïne et sucre de lait 6 0/0.

La muqueuse nasale devient pâle et insensible. Quelquefois des phénomènes contraires et assez violents se produisent; l'hyperesthésie et le gonflement de la muqueuse font alors renoncer à ce mode de traitement, mais ces faits sont exceptionnels.

F. Dagonet.

Contribution clinique à la localisation du centre olfactif; par Emilio Carbonieri (*Rivista Clinica*, septembre 1885).

Homme de 27 ans, éprouvant des phénomènes pseudo-migraineux et des attaques de convulsions du genre de l'épilepsie partielle, et en même temps ayant une *sensation d'odeur nauséeuse*. A l'autopsie on trouva une tumeur dans l'épaisseur de la circonvolution occipito-temporale externe et de la circonvolution de l'hippocampe (portion antérieure de la circonvolution occipito-temporale interne).

L'auteur indique à ce propos les auteurs qui ont considéré la circonvolution de l'hippocampe comme centre de l'olfaction (Ferrier, Broca, Munk, Luciani). — Il est bon de remarquer que les auras olfactives ne sont pas très rares dans l'épilepsie

et l'on sait qu'elles ont été notamment étudiées par H. Jackson en même temps que les autres auras sensorielles.

P. MARIE.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1634. — *Responces à quelques articles proposées par Mrs du Chappitre.*—Entre les articles proposez par Messieurs les doyen et Chappitre de Notre Dame pour le règlement de l Hostel Dieu communiquez à Messieurs les administrateurs et venus en l assemblée faicte chez Monsieur le premier président. Il s'en est trouvé quatre lesquels pour aucunes difficultez qui furent touchées des lors ont este remis a une plus ample délibération en laquelle avant que dentrer on a estimé estre a propos de representer quelques raisons considérations importantes pour lesquelles il semble que lesdicts articles ne puissent avoir lieu.

Le premier est que les Relligieuses filles blanches changeront de coiffures. Les coiffures des unes et des autres estans sans aucunes messeance ou dissolution et accoustumées de tout temps et antienneté tellement que de toutes les religieuses qui sont à présent en ladite maison il n yen a pas une a qui ceste coiffure nait esté baillée en entrant, et lors quelle a faict son vœu sans quelles ayent oy dire ny entendu qu'auparavant on en ayt porté d'autres. Il n'y a aparance dy voulloir rien changer veu qu'en ce changement on ne remarque aucune utilité.

Quant a celle des Relligieuses elle ne leur est pas seulement bien seante mais necessaire pour ce que estant fermée et advance hors de leur visage, cela leur aporte ceste commodite que communiquant avec diverses personnes tant saines que mallades a quoy leur profession et ministaire les oblige, on ne les peult aborder de sy pres et les tient plus esloignees de ceulx qui parlent et elles fonct qu estant empesees et fermees elles se maintiennent en estat, en sorte quelles en sont plustost coiffées et descoiffees et n'ont besoing destre blanchies que de trois mois en trois mois par le moien de quoy en toute sorte elles espargent beaucoup de temps quelles peuvent employer plus utillement en autres occupations.

Pour celles des filles sy elles ne sont apropriées a la bienseance et ornement de leurs visages, elles sont accommodees à la facilité du service quil fault quelles rendent aupres des mallades et autres fonctions qui en deppendent estant serrees sur le devant du visage et le bourlet rejetté sur le derrière de sorte que rien ne leur peult empescher de se mouvoir et agir librement en ce quelles ont a faire.

Le voille blanc au contraire que lon parle de leur bailler et qu'aucunes d'entre elles desirent plustost peult estre par curiosité et pour ne paroistre hospitalieres que pour aucune autre meilleure raison, leur pendant sur le visage et sur les espaulles leur aporteroit beaucoup dempeschement en tout ce quelles ont a faire, et pour le mettre et approprier sur leur teste leur aporteroit une occupation inutille et leur feroit perdre beaucoup de temps.

. . . .

1634. — *Reiglements. Copie d'interrogatoire faict aux superieures religieuses de l'Hostel Dieu touchant le Gouvernement.* — Du vendredi 2ème may mil six cens trente quatre. Monsieur le Premier président et aultres de Messieurs les maistres estans au Bureau de l'Hostel Dieu, sur les plaintes qui furent faictes que les pauvres n'estoient pas servis comme de coustume à cause de quelques reiglemens et establissemens nouveaulx qui depuis peu avoient esté faictz par messieurs du Chapitre, fut advisé de mander audit Bureau la preuve, les chefvetaines et officiers dudict Hostel Dieu pour les ouyr separement sur le subjet desdicts plainctes.

La prieure a dit sur ce enquise qu'il y a quarante huict ans qu'elle est religieuse en la maison, qu elle ne l'a jamais veue mieux gouvernée, les pauvres si bien nourris et pourveus de ce qui leur fault et les officiers et serviteurs plus soigneux et diligens. Mais que l'establissement qu'on a fait depuis peu d'une mère des novices y apporte ung si grand desordre que sil n'y est bien tost pourveu elle et les antiennes seront contrainctes de tout abandonner.

Luy a esté demandé sy elle n'a pas dans la maison et sur ses filles la mesme autorité qu'elle a tousiours eue, a dit quelle a le mesme pouvoir d'ordonner, mais quelle n'est pas sy bien obéie et s'expliquant a dit que l'on a accoustumé de donner à chacune chefvetaine huict filles par jour pour les adsister en leurs offices et servir les pauvres : scavoir quattre au matin et quattre de relevée et qu'oultre on en envoye aux lessives, aux draps et aultres lieux où il en est besoing, et que a elle, comme prieure appartient ce soing là, lequel elle a encores de présent. Mais que depuis l'institution de la mère des novices, lesdictes novices ne tiennent compte de ce qu'elle, prieure et les chefretaines leur commendent, estimans ne devoir plus dobéissance qu'à leur mère qui les suporte et les entretient dans ce peu de respect, pour se donner plus de puissance dans la maison.

Que lesdictes filles *desdaignent de servir les pauvres à cause des exercices spirituels* que leur fait faire ladicte mère tous les jours où elles trouvent plus de douceur. *Ne veullent plus s'employer aux lessives, nestoyer les pauvres, rongner leurs ongles*, couper leurs cheveulx et semployer aux aultres choses qui leur sont nécessaires qui est cause que les chevetaines sont contrainctes le plus souvent de prendre des femmes du dehors pour leurs aydes.

Ladicte prieure s'est plaincte en son parler, avec beaucoup de modestie et de retenue que le nouveau maitre dudic hostel Dieu luy veult empescher d'envoyer des filles aux maisons de la ville.

Ladicte Prieure se retyrant a suplié messieurs de luy permettre de dire qu'encores quelle est accoustumée d'envoyer audictes maisons cogneues et qualifiées de cette ville des religieuses de la maison quant on luy en demandoit dont Elle communiquoit à monsieur le maistre. Néantmoins elle en est aujourdhuy empeschée par celluy qui y est à présent qui seul, sans luy en parler en veult ordonner. A quoy il se rend sy dificile que le plus souvent ceux qui en demandent qui sont dordinaire personne dhonneur et de qualité s'en retournent sans en pouvoir obtenir, ce qui peult apporter ung grand refroidissement à la charité et plusieurs qui ne donnent que pour cette considération et que ledict maitre est *sy fascheux et sévère* qu'il décourage ung chacun (1).

Après ladicte prieure, a esté ouye Nicolle Durand, *infirmière religieuse professe il y a bientôt vingt-cinq ans*, qui a dit les mesmes choses de ladicte Prieure et a adjousté que lon luy donne le nombre des filles qu'on a accoustumé pour l asister a son office. Mais le plus souvent regardant derière elle, elle est toute estonnée qu elle n en trouve pas une et quand elle demande ce qu Elles sont devenues, on luy respond que la mère des novices les a envoyé quérir. Ce qui n'arrivoit point auparavant et dont néantmoins Elle nose se plaindre par ce qu Elles font suporter par ladicte mère qui souffre d'elles tout ce qu elles font pour maintenir son octorité qui la rend insuportable et qui est cause que les officiers n en ont aulcune en leur service et fonction de leur charge ; qu'Elle ocupe tous les jours lesdictes filles en des exercices spirituels où elles demeurent *quelquefois jusques à onze* heures du soir, qui *les rend paresseuses le matin quand il fault servir les pauvres.*

A dit qu'il se forme dans la maison des divisions à cause des nouveautez qu'on y veult introduire et que pour y attirer celles qui ny veulent consentir, *on leur introduit des confesseurs de dehors qui leur donnent du scrupule et troublent leur conscience.*

Jeanne Vignart, portière, religieuse depuis cinquante cinq ans idem que la precedente et que depuis l'establissement de la mère des novices, que les filles mesprisent les mallades et négligent de les servir, ne soulagent plus les entiennes, s'amusent à méditer, de faire des livres et ne veulent plus rien faire autre chose. *Que cette institution nouvelle sera la perdition de la maison par ce que ladicte mère des novices les nourrit En la desobeissance et leur aprend a mespriser les antiennes* pour attirer les filles de son costé et rendre par ce moyen son octorité plus grande.

Claude Bourdoye religieuse. depuis trente trois ans, idem que la précédente est qu'elle n'a jamais veu la maison ce qu elle est aujourdhuy *que tout y est sans desus desoud* et que les nouveautez et *dévotions particulières qu on veult introduire divertiront petit à petit les Religieuses de leur principal office qui est de servir les pauvres* sy bientôt on ny apporte remede.

Marie Cavsent, lavandière, religieuse depuis vingt ans idem, dit que les filles n'ont plus de crainte que pour la mère des novices qui ne va point aux mallades s'En voudront aussy dispenser.

Margueritte Douar, appotiquaresse, religieuse depuis trente huict ans, Catherine de Lavalée chefvetaine de la petite salle, Anthoinette Papelart ayant la charge des draps, Marie Goujon, faisant la charge d'une chevetaine, Marie Lamonoque, lavandiere, ouyes ensemblement ont concordamment improuvé l'establissement nouveau de la mère des novices pour les raisons cy dessus, et que les novices font aujourdhuy tellement les entendues qu'on ne les peult plus suporter parce qu'il u'y a plus qu'elles et dix ou douze qui se sont mises en communaulté qui communiquent avec messieurs du Chappitre et sont du party du maistre qui n'a pas l'esprit capable de suporter la charge de la maison, *et se mettant à genouil ont prié qu'on eust pitié d'Elles.* Liasse 875.

Le service des autopsies à Bruxelles.

Tel qu'il est actuellement réorganisé, le service des autopsies peut être considéré comme un modèle, tant à l'hôpital Saint-

(1) On voit que non seulement les administrateurs laïques étaient blâmés par le spirituel, mais le maitre au spirituel lui-même est calomnié par ses religieuses, ces modèles d'obéissance et de vertu.

Jean qu'à l'hôpital Saint-Pierre. M. le Dr Marique vient d'être placé à la tête de ce service important et on lui a adjoint M. le Dr Gratia. Nul doute qu'avec ces deux jeunes docteurs, aussi distingués par leur savoir que par leur zèle et leur dévouement, l'étude de l'anatomie pathologique, à l'université de Bruxelles, ne prenne une extension nouvelle, si favorable aux étudiants qui veulent se livrer avec succès à la pratique de la médecine (*Presse médicale belge*, 9 janvier).

Injections hypodermiques d'iodure de sodium.

Le Dr Arcari (de Milan) a l'habitude d'employer en injections hypodermiques l'iodure de sodium, lorsque l'administration interne de ce médicament a dû être suspendue par suite d'intolérance gastrique. Il fait deux injections par jour à la dose de 4 à 15 gr.

Les résultats obtenus par le Dr Arcari par les injections hypodermiques d'iodure de sodium dans la syphilis sont aussi satisfaisants qu'aucun autre mode de traitement. L'analyse quantitative de l'urine démontre que, dans les cas favorables, l'élimination de l'iodure se fait lentement et faiblement ; dans les cas sans résultats, l'élimination était rapide et abondante. Ce fait a conduit Arcari à conclure que, dans ces derniers cas, on doit administrer de plus grandes doses pendant plus longtemps pour obtenir enfin un résultat favorable. Pour éviter une surchage et une irritation du canal alimentaire, lorsqu'on doit administrer de grandes doses d'iodure, on peut alterner la médication interne et la médication hypodermique (*Therapeutic* et *Gazette The Cincinnati Lancet and Clinic*, 352).

Injections sous-cutanées d'arsenic dans la chorée.

Le Dr F. Prühwald recommande de faire dans les cas de chorée des injections hypodermiques avec une solution à parties égales d'eau et de liqueur de Fowler. Il commence par une goutte et chaque jour augmente la dose d'une goutte jusqu'à huit à dix gouttes, et ensuite il diminue chaque jour d'une goutte jusqu'à ce qu'il ait atteint de nouveau la dose de une goutte. Pour éviter les abcès, les injections doivent être faites profondément.

Il n'a jamais observé d'intoxication et il a vu la guérison dans la période d'une à quatre semaines. (*The Cincinnati Lancet and Clinic*, nov. 27, 1886, page 642).

Conférences médicales au cercle des élèves internes et externes des hôpitaux de Bruxelles.

Le *Cercle des élèves internes et externes des hôpitaux civils de Bruxelles* vient de mettre à exécution une idée fertile en bons résultats. Il a imaginé d'organiser tous les mois, dans un but d'enseignement mutuel, des conférences portant sur un sujet médical intéressant ou nouveau et n'étant pas traité avec des développements suffisants dans les cours ordinaires de l'Université. Les internes et externes des hôpitaux montrent, par l'heureuse initiative qu'ils viennent de prendre, que la jeunesse universitaire Bruxelloise est animée d'un excellent esprit. Chacun des membres du Cercle est prié de donner à son tour une de ces conférences, et les membres du corps professoral viendront de leur côté encourager et soutenir leur effort en prenant la parole dans ces réunions. Jusque aujourd'hui, trois conférences déjà ont été données : la première sur l'*actinomycose*, par M. Destrée, médecin-adjoint à l'hôpital St-Jean ; la seconde, sur l'*hospice de Middelkerke*, par M. Jacobs, interne des hôpitaux ; la troisième, sur les *écrits des aliénés*, par M. Héger, professeur à l'Université. Ces conférences, écoutées avec beaucoup d'attention, auront ainsi un double avantage : celui d'amener les étudiants en médecine à étudier des sujets spéciaux et à faire preuve de personnalité, et celui de rendre les rapports entre étudiants et professeurs de plus en plus amicaux et presque confraternels (*Presse médicale belge*).

Protestation des agrégés de la Faculté de médecine de Lille contre les décrets du 30 juillet.

Nous apprenons que les agrégés de la Faculté de médecine de Lille viennent d'envoyer à M. le Ministre de l'Instruction publique, une protestation contre les décrets du 30 juillet, suivant en cela, — un peu tardivement peut-être pour que cette protestation nouvelle ait quelque chance d'être prise en considération—, l'exemple de leurs collègues des facultés de médecine de Paris, de Bordeaux et de Montpellier. Nous nous demandons encore pourquoi ceux de Nancy paraissent résolus à tout souffrir, sans mot dire. Seraient-ils donc enchantés d'être ainsi maltraités ! On ne sait si M. Berthelot, le nouveau ministre, se souvenant de ce qu'il a jadis écrit à propos de l'enseignement supérieur, essaiera de dissuader les membres de la Commission du budget de faire de si petites économies, mais on peut espérer qu'au moins il tentera quelque chose en faveur des agrégés.

Association des Dames françaises. — Secours aux blessés et malades de l'armée.

Un décret signé par le Président de la République, le 16 novembre dernier, marque une phase importante dans l'organisation des secours aux blessés et aux malades de l'armée, en cas de guerre. Une Société de Dames vient d'être autorisée à seconder en temps de guerre le service de santé militaire, et à faire parvenir aux malades et aux blessés les dons qu'elle reçoit de la générosité publique. Le décret ajoute qu'elle est placée sous l'autorité du commandant et des Directeurs de service de santé ; puis il indique en quoi consiste l'intervention de cette société de Dames, et enfin il lui fournit par le droit de réquisition de médecins de pharmaciens et même d'hommes appartenant à la réserve de l'armée territoriale les pouvoirs nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

C'est là le couronnement d'une œuvre commencée dès 1876 et poursuivie courageusement à travers bien des obstacles; cette œuvre c'est l'*Association des Dames françaises* dont le siège central est *rue Jean-Jacques-Rousseau*, n° 15. Nous avons entretenu déjà nos lecteurs des secours de toutes sortes qu'elle a envoyés à nos soldats au Sénégal, en Tunisie, au Tonkin, en Chine, en Annam, à Madagascar, à Porquerolles, de ceux qu'elle distribue aux rapatriés dans ses divers comités et du dévouement que les Dames de cette association ont déployé pendant le choléra, les incendies, les inondations. Sous ce rapport nous n'avons plus rien à envier à l'Allemagne et il faut louer sans réserve la belle organisation et la patriotique activité des Dames françaises ; mais il faut aussi les aider dans leur laborieuse tâche, et les remercier de leur dévouement pour nos chers enfants sous les drapeaux. Les personnes qui voudront devenir membres de l'Association des Dames françaises le pourront, en versant une cotisation annuelle de 10 francs ou 20 francs à volonté, au siège de l'Association, 15, rue J.-J.-Rousseau, où on lui donnera tous les renseignements sur le fonctionnement de cette œuvre inspirée par la charité et le patriotisme.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 17. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*, MM. Trélat, Damaschino, Terrillon; — 2e *Série* : MM. Charcot, Farabeuf, Reclus. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Gariel, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin.

Mardi 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Mathias-Duval, Humbert. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Cornil, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Charité) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) MM. Jaccoud, Ball, Hallopeau.

Mercredi 19. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Charcot, Farabeuf, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Guyon, Budin.

Jeudi 20. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Panas, Duplay, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), MM. Le Fort, Tarnier, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Peter, Quinquaud.

Vendredi 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Fournier, Rémy, — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Segond ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Budin.

Samedi 22. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Duplay, Pinard ; — (1re partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Richelot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 17. — M. Weill. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide. — M. Bonnet. De la métrite des syphilitiques. — *Mercredi* 19. — M. Le Clerc. L'angine de poitrine hystérique. — M. Vincent. Traumatisme et diathèse, quelques faits relatifs à leur influence réciproque. — *Jeudi* 20. — M. De Biran. Contribution à l'étude des grands kystes de l'épididyme. — M. Odent. Des angines pseudo membraneuses au cours de la scarlatine. — M. Beverini. De l'enclavement de l'iris et de la cristalloïde après l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire combinée à l'iridectomie. — M. Schachmann. Contribution à l'étude d'une forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Picard commencera le lundi 17 janvier à 6 heures, Amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, ses leçons sur les rétrécissements de l'urèthre et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

FORMULES

III. Traitement de l'otorrhée sans lésions osseuses (Brisson).

Eau distillée	100 grammes.
Hydrate de chloral	3 grammes.
Sulfate d'alumine	5 grammes.

Instiller dans l'oreille du malade, cinq fois par jour, quelques gouttes tièdes de ce mélange et accompagner le traitement local par un traitement général approprié. (*Gazette hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 2 janvier 1887 au samedi 8 janvier 1887, les naissances ont été au nombre de 1352, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 511 ; illégitimes, 176. Total, 687. — *Sexe féminin* : légitimes, 503 ; illégitimes, 162. Total, 665.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 janvier 1887 au samedi 8 janvier 1887, les décès ont été au nombre de 1116, savoir : 597 hommes et 519 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 12. T. 23. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 31, F. 20. T. 51. — Scarlatine : M. 5, F. 0, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 8. T. 12. — Diphthérie, Croup : M. 27, F. 17, T. 44. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 135, F. 83. T. 218. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 9. T. 15. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3. T. 5, — Tumeurs malignes : M. 12, F. 34. T. 46. — Méningite simple : M. 00, F. 00. T. 00. — Congestion st hémorrhagie cérébrale : M. 16, F 19. T. 35, — Paralysie : M. 30, F. 25. T. 55. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 3. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 4, F. 5. T. 9. — Bronchite aiguë : M. 26, F. 30. T. 56. — Broncgite chronique : M. 26, F. 28. T. 54. — Broncho-Pneumonie : M. 28, F. 20. T. 48. — Pneumonie M. 4, F. 20. T. 24. — Gastro-entérite, biberon : M. 32, F. 38. T. 70. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 9. T. 26. — Autres gastro-entérite : M. 13, F. 14. T. 27. — Fièvre et péritanite puerpérales : M. 2, F. 0. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 9. T. 9. — Débiliié con8énitale et vices de conformation : M. 15, F. 14, T. 29. — Sénilité : M. 8, F. 18. T 26. — Suicide : M. 11, F. 6. T. 17. — Autres morts violentes : M. 8, F. 0. T. 8. — Autres causes de mort : 107, F. 74. T. 181. — Causes restées inconnues : M. 8. F. 1. T. 9. — Tumeurs : M. 14, F. 37. T. 51.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 16. Total : 53, — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 14. Total : 41.

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — Les questions posées à l'épreuve orale depuis notre dernier numéro ont été : *Glande sous-maxillaire et stomatite mercurielle* ; — *Artères de la main et panaris* ; — *Rapports du rectum et fissure à l'anus.*

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'anatomie* : M. le Professeur Farabeuf a commencé le cours d'anatomie, le vendredi 14 janvier 1887, à 4 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Objet du cours : *Les centres nerveux et les nerfs périphériques.* — *Cours de physique médicale* : M. le Professeur Gariel a repris le cours de physique médicale, le mercredi 12 janvier 1887, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Objet du cours : *Optique. Applications physiologiques.* — *Cours de clinique chirurgicale.* (*Hôtel-Dieu*). Le cours de clinique chirurgicale commencé par M. Reclus, agrégé, le mardi 16 novembre 1886, à l'Hôtel-Dieu, sera continué les jeudis, samedis et mardis, à 10 heures, pendant la durée scolaire 1886-87. — *Prix de* 1886 : Le prix Lacaze (1000 francs) a été décerné à M. A. Robin pour son ouvrage : *Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde.* — Le prix Jeunesse a été accordé à M. Thoinot pour son ouvrage : *Histoire de l'épidémie cholérique en* 1884. — *Concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques* : Ce concours s'ouvrira le 11 juillet 1887, d'après l'arrêté du 10 janvier 1887.

Faculté des sciences de Caen. — *Vacance de chaire* : La chaire de zoologie et physiologie animale de cette Faculté est déclarée vacante à partir du 7 janvier 1887.

Faculté de médecine de Lille. — MM. Baudry, professeur, et Assaky, agrégé, sont chargés de représenter cette Faculté à la réunion annuelle des délégués des Facultés de médecine.

Faculté libre de médecine de Lille. — MM. Leplat et Vaneufville viennent d'être reçus internes titulaires ; MM. Vaneuverswyn et Delbecq, internes provisoires.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Garbe, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique à ladite Faculté.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Vacance de chaire* : La chaire de botanique, à cette Ecole, est déclarée vacante du 8 janvier 1887.

Universités étrangères. — *Faculté de Berlin* : M. le Dr Oppenheim, assistant à la clinique des maladies nerveuses, vient d'être nommé privat-docent. — *Faculté de Leyde* : M. le Dr Traub, assistant de clinique, est nommé professeur d'obstétrique et gynécologie. — *Faculté de Berne* : M. le Pr Demme est nommé professeur ordinaire de pharmacologie et pédiatrie. — *Faculté de Dorpat* : M. le Dr Robert, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de thérapeutique, diététique et d'histoire de la médecine. — *Faculté de Saint-Pétersbourg* : Les candidats à la chaire de clinique chirurgicale de l'Académie de médecine militaire déclarée vacante par suite du décès du Pr Kolomnin, sont MM. les Drs Belzow et Pawlow, ainsi que M. le Dr Kusmin, professeur extraordinaire de chirurgie à l'Université de Moscou.

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Cullere, ancien médecin directeur de l'Asile de la Roche-sur-Yon (Vendée), vient d'être nommé médecin en chef de l'Asile de Clermont (Oise).

Congrès international d'hygiène et de démographie de Vienne. — Ce Congrès, qui aura lieu du 26 septembre au 1er octobre 1887 à Vienne, est organisé d'une façon très active. On vient de publier un programme provisoire des travaux de ce Congrès. On adressera sous peu aux membres de cette réunion la liste des communications qui y seront faites.

Cours de médecine a la Faculté de droit de Paris. — M le Dr P. Dubuisson, licencié en droit, a ouvert le 13 janvier 1887 à 4 heures, dans l'ancien amphithéâtre de la Faculté de droit de Paris, un cours libre qu'il continuera les jeudis suivants à la même heure. Objet du cours : *Maladies mentales au point de vue de la responsabilité et de la capacité* (12 leçons).

Cours pour les médecins praticiens a Berlin. — Cette année, les cours pour les médecins praticiens faits à Berlin commenceront le 7 mars et dureront jusqu'au 9 avril. L'anatomie normale et pathologique et l'histologie seront enseignées par MM. Jürgens, Guttmann, Brœsike, Rabl-Rückhard, Israël, Wolff ; — la physiologie par MM. Munk et Weyl ; — la matière médicale et la toxicologie par M. Lewin ; — la pathologie interne par MM. Fränkel, Litten, Guttmann, Zuelzer, Lazarus, Lewinski, Baginsky, Ehrenhaus, Grunmach, Ewald, Klein, Leo, Fürbringer ; — la psychiatrie et les maladies du cerveau par Sander, Moeli, Thomsen ; — les maladies nerveuses et l'électrothérapie par MM. Bernhardt, Remak, Eulenburg, Oppenheim ; — la chirurgie par MM. Kuster, Hahn, Busch, Gluck ; — l'ophthalmologie par Hirsberg, Hortsmann, Uhthoff ; — les maladies des oreilles par MM. Schwabach, Jacobson, Baginsky ; — la laryngologie et rhinologie par MM. Lublinski, Baginsky, Krause ; — la gynécologie et les accouchements par MM. Martin, Landau, Löhlein, Hofmeier, Veit, Wyder ; — la dermatologie et la syphilis par MM. Lewin, Lassar, Behrend, Köbner, Posner, Zuelzer ; — la médecine légale et l'hygiène par MM. Liman, Falk, Sander, Lewin.

Hôpitaux de Bordeaux. — MM. Moussous et Dallidet viennent d'être nommés médecins-adjoints des hôpitaux de Bordeaux.

Hôpitaux de Lyon. — *Mutations* : M. D. Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien titulaire à la place de M. Letiévant, décédé — M. Poncet quitte la Croix-Rousse et prend le service de M. Mollière. — M. Polloson remplace M. Poncet à la Croix-Rousse.

Hôpitaux de Marseille. — Le 4 avril 1887, à 3 heures, aura lieu à Marseille, un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de cette ville ; — le 18 avril, même heure, autre concours pour une place de médecin-adjoint.

Hôpitaux de Poitiers. — MM. Cazelles et Dohmé sont nommés, après concours, internes à l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Hôpitaux de Rouen. — MM. de Beauvais, Boutard et Marion viennent d'être nommés internes des hôpitaux de Rouen.

Institut Pasteur. — Le total de la souscription pour l'Institut Pasteur est actuellement de 1,541,708 fr. 75 (76e liste). — Avant de déclarer l'Institut Pasteur Etablissement d'utilité publique, le

Conseil d'Etat est disposé à demander une enquête nouvelle à ce sujet.

NOMINATIONS DIVERSES.—M. le Dr BRUNEAU est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du VIIe arrondissement de Paris.

NOMINATIONS. — Par décret en date du 23 décembre 1886, M. CROLAS, professeur à la Faculté de médecine de Dijon, a été nommé membre de la commission supérieure du phylloxéra.

NOUVEAUX JOURNAUX DE MÉDECINE. — Nous apprenons qu'un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bruxelles s'est formé dans le but de créer un journal de médecine hebdomadaire, *La Clinique* (organe officiel des hôpitaux de Bruxelles) destiné à faire connaître tous les faits intéressants recueillis dans les services hospitaliers de cette ville. Nous souhaitons bon succès à cette nouvelle publication.

SECRÉTARIAT DES FACULTÉS ET ECOLES DE MÉDECINE. — M. BONNET, secrétaire de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est admis, pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Bonnet est nommé secrétaire honoraire. — M. LAMBERT DES CILLEULS, secrétaire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé secrétaire de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Bonnet, admis à la retraite. — M. LEMAIRE, employé au troisième bureau de la direction de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Lambert des Cilleuls, appelé à d'autres fonctions. — M. BLAISE, secrétaire de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est admis, pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Blaise est nommé secrétaire honoraire. — M. GOT, secrétaire de l'Académie de Toulouse, est nommé secrétaire de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Blaise, admis à la retraite.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Son bureau est composé comme il suit pour l'année 1887 : Président : M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux ; Vice-présidents : MM. CLAUDE (des Vosges), LEVASSEUR et WALTHER ; Secrétaire général : Dr A. MOTET ; Secrétaires généraux adjoints : MM. les Drs DECAISNE et BOUCHEREAU ; Secrétaires des séances : MM. les Drs CHARPENTIER et AUDIGÉ ; Bibliothécaire-archiviste : Dr PHILBERT ; Trésorier : M. Jules ROBYNS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 janvier 1887, à quatre heures très précises, au palais de justice, dans la salle des Référés.— *Ordre du jour ;* Installation du nouveau bureau ; — Elections à quatre places de membres titulaires ; — Suite de la discussion sur le viol dans l'hypnotisme ; — Questions diverses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. — *Bureau pour l'année* 1887. — Président : M. Limousin ; Vice-présidents : M. le Dr Dujardin-Beaumetz et M. le Dr Labarthe ; Secrétaire général : M. le Dr Gillet de Grandmont ; Secrétaire-adjoint : M. A. Champigny ; Secrétaires annuels : MM. Crouigneau, Léon Petit, Tolédan, Dupont ; Trésorier : M. Jolly ; Archiviste : M. le Dr Dulong de la Vigerie.

TROUBLES A L'UNIVERSITÉ DE SAINT-PÉTERSBOURG. — Un certain nombre d'étudiants ont été arrêtés à Saint-Pétersbourg, à la suite d'une manifestation au service religieux du 25e anniversaire de la mort du poète Bagolinkoff.

VOYAGES ET MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. Emile CARTAILHAC, directeur de la *Revue des matériaux pour l'histoire primitive de l'homme*, est chargé d'une mission en vue d'étudier les documents anthropologiques de l'exposition d'Ekaterinenbourg (Russie). — M. DEFLERS, inspecteur adjoint des forêts, en disponibilité, membre de la Société botanique de France, est chargé d'une mission scientifique en Arabie et particulièrement dans l'Yemen.

NÉCROLOGIE. — M. le Pr BAUMGOERTNER vient de mourir à Baden-Baden à l'âge de 88 ans ; élève de Gmelin, Chelius et Tiedemann, il a été de 1824 à 1862 professeur de clinique médicale à Fribourg en Brisgau. — M. le Dr d'Alexandre HERMANN (de Mulhouse). — M. le général MANAYRA, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Nice, président du comité militaire de santé du royaume d'Italie. — M. le Dr FEDELE MARGARY, chirurgien en chef de *Ospedale maggiore di San Giovanni Battista e della citta di Torino*, éditeur des *Archivio di Ortopedia*, vient de mourir. — M. le Dr GUYET, décédé à l'âge de 37 ans, trésorier de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance. — M. le Dr MORVAN (de Paris).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique gynécologique* : M. GALLARD, Mardi et samedi à 9 heures du matin. Jeudi, examen au spéculum.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

BOTTEY (F.).— Etudes médicales sur l'hydrothérapie. Brochure in-8° de 96 pages.

BERGONZINI (C.) et FRIGNANI (R.). — Sul valore comparativo degli antisettici. Brochure in-8° de 40 pages. — Modena, 1886. — Tipi di G.-T. Vincenzi e Nipoti.

MORSELLI (E.). — Intorno al numero e alla distribuzione geografica delle frenopatie in Italia. Brochure in-8° de 104 pages, avec 2 planches. — Milan, 1885. — Fratelli Rechiedei.

BENEDIKT (M.). — Zur Kraniometrischen und Kephalometrischen Methode. Brochure in-8° de 9 pages. — Wien, 1886.

BENEDIKT (M.). — Der Kongress für Kriminalanthropologie. Brochure in-8° de 14 pages. — Wiener, 1886. — Gottlieb Gistel et Cº.

BENEDIKT (M.). — Die Krümmun-Gsflächen am Schädel. Brochure in-8° de 3 pages. — Berlin, 1886. — Schumacher.

BENEDIKT (M.). — Des rapports existant entre la folie et la criminalité. Brochure in-8° de 20 pages. — Gand, 1886. — Vanderhaeghen.

KORVALEWSKY (P.-J.). — Psychiatrie (3e édition, en russe). 2 volumes in-8° de 630 pages. Prix : 10 fr. — Kharkow, 1887. — Chez l'auteur.

HEIDENREICH (L.). — Les organismes inférieurs (2e édition, en russe). Volume in-8° de 325 pages. Prix : 7 fr. 50. — Saint-Pétersbourg, 1885. — Ricker.

HERTZENSTEIN (G.). — La syphilis en Russie (en russe). Volume in-8° de 526 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Saint-Pétersbourg, 1885.

DRIL (D.). — Sur les conditions organiques de la vie psychique (en russe). Brochure in-8° de 25 pages. Extrait de la *Rousskaia Misl.* — Saint-Pétersbourg, 1886.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, place de l'Ecole-de-médecine.

LETOURNEAU (Ch.). — L'évolution de la morale. Volume in-8° de 479 pages. — Prix : 7 fr. 50

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). — Cure radicale des hernies. Volume in-8° de 128 pages, avec 13 figures. — Prix : 3 fr. 50

POLO (L.). — De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement. Volume in-8° de 82 pages. — Prix : 2 fr. 50

QUINCEROT (Ch.-L.). — Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un formulaire à l'usage des praticiens. Brochure in-18 de 74 pages. — Prix : 1 fr. 50

GRIGORESCO (G.). — Recherches sur les signes de la virginité un an après l'inhumation. — Le crime de Giurgevo (Roumanie). Brochure in-8° de 15 pages. Crété, imprimeur à Corbeil.

VIAU (G.). — De l'anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique pour l'avulsion des dents. Broch. in-8 de 29 pages.

HUNTER (J.-B.). — Fifty cases of abdominal section. Brochure in-8° de 16 pages. — New-York, 1886.— *The New-York Medical Journal.*

MARTIN (A.). — Ueber die manuelle Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei räumlichem Missverhältniss. Brochure in-8° de 8 pages. — Berlin, 1886. — Schumacher.

VERDOS (D.-P.). — Comentarios teoricos y practicos sobre la pathologia del Oido. Brochure in-8° de 100 pages. — Alcala de Henares, 1886. — I. Torrenova.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 4. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 JANVIER 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. TERRILLON.

Abcès froids ossifluents.

Leçon recueillie par le Dr LEROUX.

DEUXIÈME LEÇON (1).

Messieurs,

Nous avons étudié, dans la dernière leçon, les abcès froids proprement dits, ceux qui naissent dans le tissu cellulaire; nous allons aujourd'hui nous occuper des *abcès ossifluents*, qui, du reste, ont à peu près la même évolution et sont passibles du même traitement.

Les abcès ossifluents ont pour point de départ, dans la grande majorité des cas, une tuberculose osseuse, caractérisée par la formation d'éléments embryonnaires puis bientôt du tubercule avec ses parties constituantes, la cellule géante, les cellules épithélioïdes, etc.; altérations qui sont dues à la présence du bacille de la tuberculose.

Dans un os, ordinairement dans un os spongieux, comme le calcanéum, le corps des vertèbres, etc., la moelle devient en un point rouge, violacée et passe à l'état embryonnaire; les trabécules osseux disparaissent. il se produit un travail d'ostéite raréfiante. Bientôt il existe, au point malade, une accumulation d'éléments embryonnaires, au milieu desquels on ne tarde pas à reconnaître le follicule tuberculeux avec sa cellule géante. Les tubercules deviennent plus confluents. Le centre de l'agglomérat tuberculeux subit la dégénérescence caséeuse, se désagrège. Au centre de ces masses caséeuses on peut voir encore quelques trabécules osseuses qui persistent et résistent au travail de ramollissement.

Au début, cette masse dégénérée apparaît quelquefois sous un aspect gélatiniforme qui n'est, du reste, que passager, et plus tard sous forme d'une masse jaunâtre, analogue à du mastic, entouré d'une zone limitante, d'aspect différent, c'est ce que Nélaton appelait le *tubercule caséeux enkysté*.

Dans une autre variété, la formation tuberculeuse n'est pas circonscrite et les lésions sont diffuses, sans limites nettes, avec des prolongements multiples dans divers sens; c'est ce que Nélaton décrivait sous le nom de *forme diffuse*. Ces deux formes ont le même point de départ, sont de même nature, elles ne diffèrent que par l'évolution. Comme terminaison, on peut alors voir survenir soit un abcès froid liquide par ramollissement des parties constituantes, soit un abcès caséeux, lorsque la mortification se produit sans liquéfaction du contenu; en troisième lieu, enfin, il peut se faire une véritable transformation kystique. Il y a donc, vous le voyez, une grande analogie entre l'évolution de la tuberculose dans le tissu cellulaire et dans l'os, entre l'abcès froid ordinaire et l'abcès ossifluent.

Quant au contenu, il est formé par les éléments embryonnaires dégénérés, devenus graisseux, par des granulations graisseuses abondantes, et assez souvent par des stalactites osseuses encore adhérentes ou libres au milieu des éléments dégénérés. Quelquefois même l'infiltration tuberculeuse a isolé un fragment osseux nécrosé qui se détache et se mêle aux détritus qui remplissent l'abcès ossifluent. C'est là un caractère important qui différencie les abcès ossifluents des abcès froids ordinaires. Le pus, dans ces cas, est assez fluide.

Ailleurs, au contraire, lorsque l'évolution est lente, sans production de liquide, il se fait un enkystement des produits nouvellement formés; c'est l'abcès caséeux de consistance demi-molle.

Enfin la transformation kystique est assez fréquente, comme l'ont signalé MM. Gosselin et Duplay. On rencontre alors une cavité bien limitée par une néomembrane garnie de fongosités, remplie d'un liquide plus ou moins louche et filant. Les éléments caséeux se sont résorbés peu à peu et le pus s'est transformé en liquide séreux. Quelquefois même, il se produit autour de l'abcès une ostéite condensante qui emprisonne les produits tuberculeux.

Vous devez vous rappeler ce malade que je vous ai récemment montré; il était atteint d'une ostéite du calcanéum et je lui fis un évidement de cet os. Guidé par un trajet fistuleux, j'arrivai sur une poche garnie de fongosités. J'ai raclé cette poche, j'ai enlevé, détruit de nombreuses trabécules osseuses peu résistantes, et je suis arrivé sur une surface éburnée, très solide, résistant à la gouge; il s'agissait là d'une zone assez épaisse d'ostéite condensante qui servait en quelque sorte de zone limitante à l'abcès. Tout se passe ici comme dans l'abcès sous-cutané; dans ce dernier, la zone limitante est fibro-celluleuse; dans l'os, au contraire, elle est osseuse. Il y a donc toujours identité d'évolution; les quelques différences tiennent aux différences des tissus. Remarquez, toutefois, que ce n'est pas de l'os de bonne qualité, ce n'est, en réalité, que de l'ostéite condensante, qui peut, dans quelques cas, se mortifier et former des séquestres.

Lorsque l'abcès ainsi constitué arrive à la surface de l'os, il finit par le perforer, fuser au loin dans les tissus voisins, là où il éprouve le moins de résistance, soulevé, décollé ou perforé par l'abcès qui s'étend progressivement; le tissu cellulaire est envahi à son tour. Bientôt se forme une poche purulente considérable, s'étendant à une grande distance de son point de départ et communiquant avec l'abcès osseux primitif par une partie rétrécie appendue à l'orifice de cet abcès.

Dans une variété mixte, par exemple au niveau d'un corps vertébral, la lésion commence à la périphérie, au voisinage d'un disque ou d'un ligament; l'évolution tuberculeuse a lieu simultanément dans l'os et dans les parties fibreuses; l'abcès est mi-partie osseux et fibreux.

En résumé, nous avons étudié deux particularités d'évolution, suivant que l'abcès se développe exclusive-

(1) Dans la Leçon précédente, l'emploi de l'éther iodoformé a été, par erreur, attribué à M. le professeur Verneuil. C'est Moutig von Morehof (de Vienne) qui est l'inventeur de cette méthode. M. Verneuil et ses élèves l'ont vulgarisée en France. Voir *Prog. méd.*, n° 2, 1887, p. 23.

ment dans la profondeur de l'os, suivant qu'il gagne le tissu cellulaire et qu'il atteint à la fois l'os et le tissu fibreux environnant.

Nous arrivons ainsi aux variétés cliniques des abcès ossifluents, et nous voyons que les uns sont sessiles et les autres migrateurs (abcès par congestion). Tous deux ont la même origine, et les différences qu'ils présentent ne tiennent qu'à la région occupée par l'abcès. Les premiers, par exemple, siègent sur les os des membres, ou des extrémités, ou des os superficiellement placés; ils sont limités, n'offrent pas de pédicule, leur point d'implantation est près de la cavité osseuse primitive.

Les seconds abcès par congestion viennent en général des os de la colonne vertébrale; aussi, par suite de la profondeur de la lésion osseuse, on ne voit pas l'abcès ; à son début, il descend entre les aponévroses en suivant un trajet plus ou moins long, et il apparaît à l'extérieur longtemps après son premier développement, à une grande distance de son point de départ.

Vous en rencontrerez des exemples à chaque instant, et je puis vous citer l'exemple de cette petite fille qui s'est présentée à nous avec une énorme collection de la fosse iliaque, pour laquelle j'ai pratiqué une ponction, l'abcès venait d'une affection primitive de la sixième vertèbre dorsale. Je vous signale également dans la salle des hommes un malade chez lequel un abcès, par congestion de la région interne de la cuisse, avait pris naissance au niveau des premières vertèbres lombaires.

On peut donner deux raisons de cette évolution spéciale. Tout d'abord les abcès d'origine osseuse donnent une grande quantité de pus, ils offrent souvent une surface sécrétante étendue. En second lieu, ils sont soumis à une tension assez forte, ainsi que l'a montré Lister. Cette tension peut atteindre 7 à 8 millimètres de mercure. Sous l'influence de la tension, l'abcès maintenu par les aponévroses fuse le long des muscles et des vaisseaux. Cette pression constante est, suivant Lister, une des causes de la persistance de ces abcès. En effet, on sait que, lorsqu'on ouvre un de ces abcès, il s'écoule, avec une force de projection assez grande, une quantité considérable de pus, puis, s'il ne survient pas de phénomènes septiques, le second jour la sécrétion purulente diminue beaucoup et tend à se tarir. De plus, tandis qu'avant l'ouverture leur marche était relativement assez rapide, après qu'il sont ouverts, on n'observe plus d'augmentation.

Mais revenons à l'étude de cette poche qui limite l'abcès par congestion au niveau des parties molles.

Cette poche, comme l'ont démontré les recherches de Kœster et Lannelongue, renferme toujours des tubercules, et ses parois en sont infiltrées ; on constate toujours une première zone interne ramollie, en déliquium ; puis une seconde zone tuberculeuse, enfin une troisième zone limitante infiltrée de cellules embryonnaires. Les bacilles de la tuberculose se rencontrent en abondance dans le liquide et surtout dans la paroi fongueuse et interne de la poche.

En évoluant ainsi, l'abcès par congestion finit par atteindre la peau, celle-ci s'amincit sous l'influence de la pression et de l'envahissement et bientôt elle se perfore.

Lorsque cet abcès s'est ouvert, on assiste à une nouvelle phase qui constitue le stade terminal de son évolution. Il se vide et on voit alors s'échapper du pus, des masses caséeuses et parfois des fragments osseux nécrosés. La surface interne de la poche s'irrite, se recouvre de fongosités plus abondantes et plus volumineuses que celles qui existaient auparavant. Elles remplissent plus ou moins la cavité de l'abcès, et se développent aussi jusque dans les prolongements qu'il envoie de divers côtés. Ces fongosités sont constituées par une agglomération de cellules embryonnaires, aux milieu desquelles se voient des vaisseaux de nouvelle formation. Il n'est point rare, dans ces cas, de trouver des tubercules dans le tissu de ces bourgeons charnus, mais surtout les bacilles caractéristiques y foisonnent. Rappelez-vous, à ce propos, que ces végétations, si abondantes dans les abcès froids, ne sont pas propres à ce genre d'affection, elles se rencontrent dans les gaines tendineuses, dans les articulations au niveau des culs-de-sac de la synoviale, autour des os malades, etc. Vous savez que, depuis quelques années, on les considère, presque toujours, comme étant dues à la présence des bacilles de la tuberculose. Nous les trouvons même dans les kystes tendineux à grains riziformes.

La condition la meilleure pour qu'on observe ces fongosités et qu'elles prennent un grand développement, est qu'il existe une fistule extérieure, et que l'abcès soit ouvert au dehors.

Je vous ferai remarquer que l'abcès ossifluent ne répond pas par son volume, à l'étendue de la lésion osseuse. Cette dernière peut, en effet, être très minime alors que l'abcès ossifluent est volumineux et fuse depuis le rachis jusqu'à la fosse iliaque ou à la racine de la cuisse. A ce niveau on peut voir s'accumuler une grande quantité de pus.

Nous pouvons également observer le phénomène inverse, c'est-à-dire que des lésions osseuses considérables des vertèbres, par exemple, avec déviation de la colonne vertébrale, peuvent exister sans que l'on constate le moindre abcès. Cette variété clinique correspond souvent à la production d'un abcès caséeux, naturellement, sans fusion de l'abcès.

Vous connaissez maintenant, messieurs, les particularités anatomiques et cliniques des abcès ossifluents, étudions-en le traitement.

La thérapeutique est assez simple et est analogue à celle que je vous ai indiquée pour les abcès froids proprement dits.

Il faut lorsque l'*abcès est superficiel*, l'ouvrir largement, racler la surface interne de la poche et surtout les parois souvent anfractueuses de l'abcès osseux. Il faut alors attaquer celui-ci avec des instruments solides, coupant et qui puissent enlever largement les parties malades, jusqu'à ce qu'on soit arrêté par le tissu éburné et qu'on ait détruit toutes les parties malades. Vous obtenez ainsi, quelques jours après votre intervention, une surface rouge, sur laquelle se montrent des bourgeons charnus de bonne nature. L'évidement de l'os malade employé si souvent autrefois par Sédillot permet d'abréger le travail d'élimination et de réparation que la nature ne produirait qu'à la longue, et la guérison devient plus rapide et beaucoup plus facile.

Le meilleur pansement, après cette opération, consiste à combler la cavité osseuse et même la cavité de l'abcès qui lui fait suite dans le tissu cellulaire, avec de la gaze iodoformée. Vous pouvez comprimer cette gaze dans la plaie, elle sert ainsi à arrêter l'écoulement sanguin souvent assez abondant. Le premier pansement bien appliqué peut rester en place pendant trois jours et même davantage ; il est ensuite renouvelé de la même façon, tous les trois jours, jusqu'à ce que la cavité soit presque complètement comblée.

Si maintenant vous êtes en face d'un abcès par con-

gestion, quelle doit être votre conduite? Ici les avis sont partagés et deux opinions principales ont cours à ce sujet. Selon quelques-uns, il ne faut point intervenir et il faut attendre qu'il se produise une ouverture spontanée; mais alors on voit les malades être pris d'accidents septicémiques lents ou bien se tuberculiser rapidement. Au contraire, une intervention active peut les sauver. En premier lieu, si la lésion osseuse primitive est peu étendue, la poche peut, après une période d'irritation consécutive à l'intervention, diminuer d'étendue et se cicatriser. Dans un certain nombre de cas, grâce aux pansements antiseptiques et aux injections, la réparation peut s'obtenir en quelques semaines. Enfin, par l'ouverture de l'abcès, on diminue la tension de la poche et la lésion a moins de tendance à se propager; nous savons déjà quelle est l'importance que Lister attache à cette diminution de la tension.

Voici quels sont les principaux préceptes relatifs de ce genre d'intervention et les précautions qu'il faut prendre.

La peau doit être lavée avec soin au niveau du point où doit porter l'ouverture. Après l'avoir nettoyée, il est bon de la laver avec la liqueur de Van Swiéten.

Une ouverture suffisante pour laisser passer le doigt est pratiquée avec un bistouri, passé préalablement dans l'eau bouillante.

Le pus s'écoule d'abord par son propre poids et avec une certaine force, mais il faut éviter d'exercer une pression trop forte. Alors le doigt introduit dans la plaie permet de reconnaître les anfractuosités et les brides : au besoin celles qui font obstacle à la sortie du pus sont déchirées.

Après avoir vidé ainsi l'abcès en partie, quelques chirurgiens font un grand lavage. Cette pratique est bonne, mais il faut pour cela user d'un liquide antiseptique très dilué, dans la crainte d'accident. Le meilleur est le sublimé à $\frac{1}{3000}$, ou moins. Je préfère me servir, dans la crainte de phénomènes d'empoisonnement, de l'eau filtrée et bouillie qui est très aseptique.

Un drain volumineux est introduit dans la poche, mais sans atteindre le fond. Son extrémité correspond à l'ouverture cutanée et ne doit la dépasser que de quelques millimètres. Elle est maintenue avec une épingle.

Un large pansement absorbant est disposé en avant de l'ouverture et est précédé par la fermeture de plaie avec un gros tampon de gaze iodoformée. La ouate hydrophile simple ou sublimée est très bonne pour cet usage. Le premier pansement doit être renouvelé après 15 ou 24 heures au plus, car le liquide qui s'écoule au début est très abondant. Plus tard les pansements sont renouvelés tous les deux ou trois jours selon l'écoulement. Le tube sera diminué suivant le retrait de la profondeur de la poche. Quelques lavages antiseptiques seront pratiqués s'il y a un peu de rétention des liquides.

En prenant les précautions de propreté, indiquées plus haut, et en laissant la plaie à l'abri de l'air à chaque pansement, on se met à l'abri des accidents. Rapidement, l'état général du sujet s'améliore, le pus coule de moins en moins et la cavité peut se combler.

Vous aurez aussi quelquefois avantage à user de la méthode préconisée par M. Montig von Morehof et dont je vous ai parlé à propos des abcès froids sous-cutanés, dans ma dernière leçon. En France, M. Verneuil et ses élèves ont eu ainsi d'excellents résultats dans des abcès ossifluents volumineux et anciens. La diminution de l'abcès et sa guérison ont été obtenues après deux ou trois injections d'éther iodoformé. Il est probable que dans ces cas la lésion osseuse était très peu étendue ou même presque guérie; en tout cas cette méthode est bonne, inoffensive et peut toujours être essayée.

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT.**

Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme;

Fragment d'une leçon recueillie par BABINSKI et BERBEZ.

1° CAS DE PARAPLÉGIE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE SURVENUE A LA SUITE D'UN ACCIDENT DE VOITURE (1).

Le nommé Le Log.., né dans un petit village de Bretagne, est âgé de 29 ans; une de ses cousines germaines a été atteinte d'épilepsie (chute, cri, morsure de la langue, etc.), une de ses sœurs, morte dernièrement de fièvre typhoïde, avait eu des attaques de nerfs.

Lui a été atteint d'une fièvre typhoïde à la suite de laquelle il est resté *aphone* pendant plusieurs mois.

Il est venu à Paris à l'âge de 12 ans, sachant à peine le français; aujourd'hui il sait lire, mais à peine écrire. Les gens qui le connaissent font l'éloge de son caractère; il s'est montré plusieurs fois bon et secourable. C'est un garçon rangé, nullement triste, non alcoolique. Il exerçait la profession de garçon de cuisine et dans ces derniers temps, faute d'ouvrage, il était entré au service d'une marchande de verdure aux halles. Son occupation consistait à vendre le matin aux halles, et, dans l'après-midi, tous les deux ou trois jours, il allait à St-Cloud, chez un fournisseur, chercher de la verdure qu'il rapportait à l'aide d'une petite voiture à bras à laquelle il s'attelait, tandis que le fils de sa patronne, le jeune Conr... l'aidait en poussant par derrière.

C'est en revenant de St-Cloud, dans ces conditions-là, que le 21 octobre 1885, vers 6 heures du soir, survint l'accident qui l'a mis dans l'état où nous le voyons aujourd'hui. Ce soir-là, sur le cours la Reine, Le Log... suivait, traînant sa voiture, la voie d'aller du tramway entre la voie de retour et le trottoir qui longe la Seine; il faisait à peu près nuit. Il était parvenu à la hauteur du pont des Invalides, lorsque tout à coup vint fondre sur lui, courant à fond de train, une lourde voiture de blanchisseur très chargée, conduite par des gens ivres. La roue de la voiture à bras fut accrochée et Le Log... violemment projeté sur le trottoir d'où il a été relevé absolument sans connaissance. Le cheval de la voiture du blanchisseur n'a pas touché Le Log... et les roues de cette voiture *ne lui ont pas passé sur le corps*. Il ne portait pas de plaie apparente; il n'y eut pas de sang répandu. Placé dans sa propre voiture à bras, Le Log... fut conduit chez un pharmacien d'abord, où il est resté environ 20 minutes, et, de là, toujours sans connaissance, à l'hôpital Beaujon.

Les détails qui précèdent ont été donnés par le jeune Conr... et confirmés d'ailleurs par un nommé L..., gardien de la paix du poste du palais de l'Industrie, présent au moment où l'accident est survenu. Ce récit est bien différent de celui que donne Le Log... lui-même, quand on l'interroge à ce sujet. *Il s'est fait sur la façon dont l'accident a eu lieu une légende* à laquelle il croit fermement et dont toutes les circonstances se présentent de temps en temps *dans ses rêves*. La voiture du blanchisseur arrive de loin avec un grand fracas; le cheval fond droit sur lui et lui donne de la tête dans la poitrine. Il tombe, sent sa tête heurter le sol et enfin *la lourde voiture lui passe sur le corps, au niveau de la partie supérieure des cuisses.* — En général, à ce moment du rêve, le malade se réveille en sursaut et poussant des cris. A l'Hôtel-Dieu et ici même, à la Salpêtrière, on l'a plusieurs fois entendu s'écrier : « Arrêtez, ne fouettez pas le cheval, il va m'écraser. »

(1) Observation recueillie par M. BERBEZ, interne du service.

En réalité, le malade a complètement perdu la mémoire de tout ce qui s'est passé au moment de l'accident, sur le cours la Reine. Il est très vraisemblable qu'il a éprouvé là une *commotion cérébrale intense*, suivie de cette forme d'amnésie que MM. Ribot et Azam ont décrite sous le nom d'amnésie *traumatique rétrograde*.

Quoi qu'il en soit, il fut donc transporté à Beaujon où il resta pendant 5 ou 6 jours sans connaissance; des sangsues, des sinapismes ont été appliqués; un sac de glace a été maintenu sur sa tête. Revenu à lui, il se montra fort surpris de se voir à l'hôpital; il ne se souvenait absolument de rien de ce qui s'était passé. Ce n'est que plus tard, après les avoir entendu raconter autour de lui, il s'avoue lui-même, que les circonstances de l'accident telles qu'il les raconte se sont présentées à son esprit.

Plusieurs faits relatifs à son séjour à Beaujon méritent d'être signalés. 1° Il sentait *ses membres inférieurs comme morts*; il ne pouvait d'abord les élever au-dessus du lit qu'en les soulevant à l'aide de ses mains. Au bout de quelques jours cependant, il put quitter le lit et sortir de l'hôpital pour se rendre chez lui en partie à pied. 2° Il portait de grandes taches noires (ecchymoses) sur la hanche et sur l'aine droite, ainsi que sur l'abdomen. 3° Il souffrait de la tête comme il en souffre encore aujourd'hui.

Au sortir de Beaujon, il resta huit jours couché dans son hôtel. Là apparaissent des épistaxis abondantes qu'il n'a pu arrêter qu'en se tamponnant à l'aide d'un chiffon et qui se sont depuis reproduites plusieurs fois.

Etant sorti de chez lui pour aller voir des amis, il fut pris chez eux d'une grande attaque, précédée d'une sensation de boule remontant au cou, et dans laquelle il y eut perte de connaissance. Il fut alors placé sur un brancard et conduit à l'Hôtel-Dieu.

Il fut placé là sous la direction de M. le Dr Capitan, chef de clinique de la Faculté qui nous a donné les renseignements suivants concernant l'état de Le Log... pendant le séjour de deux mois qu'il fit à l'Hôtel-Dieu. Durant la première semaine, le malade n'a pas cessé d'être plongé dans le coma. A son réveil, il a présenté pendant deux jours tous les caractères du mutisme hystérique. Epistaxis fréquentes, plusieurs tamponnements. L'*impuissance motrice* des membres inférieurs, d'abord imparfaite, est devenue peu à peu complète.

M. Capitan a bien voulu, le 25 mars, nous adresser le malade. Voici les symptômes permanents que nous avons observés chez lui, en dehors *des crises* qui seront tout à l'heure décrites.

Le malade est couché dans le décubitus dorsal, prostré, silencieux, comme absorbé, ne répondant que lentement et comme à contre-cœur aux questions qu'on lui adresse. Du jour au lendemain il varie dans son récit; évidemment la mémoire est assez profondément altérée et l'intelligence déprimée. La physionomie d'ailleurs exprime la tristesse, l'hébétude, la stupeur même par moments, d'ailleurs pas d'embarras de la parole.

Il se plaint d'une céphalée gravative et, quand on lui touche légèrement la tête et qu'on frôle le cuir chevelu, il paraît vivement souffrir. Il dit avoir la nuit des flammes devant les yeux, des rêves fatigants, et, en tout temps, des battements dans les tempes et des bruissements d'oreilles.

En examinant la face, on remarque que la commissure labiale gauche est élevée et de ce côté la bouche entr'ouverte. Cela avait fait penser d'abord qu'il y avait là, à droite, paralysie du facial inférieur. Mais avec plus d'attention on reconnaît qu'il s'agit d'un spasme dans le domaine du facial gauche, se traduisant par des secousses tantôt lentes, tantôt précipitées, dont la commissure labiale de ce côté est le siège.— La langue tirée hors de la bouche n'est pas déviée.

Le malade est maigre; son pouls plutôt lent et faible. La peau des extrémités est chaude et habituellement couverte de sueur. La transpiration sur ces parties est même, par moments, extrêmement abondante. La langue est naturelle, la température centrale normale. Le malade mange peu, mais il mange.

Les membres supérieurs ne présentent aucune trace de paralysie, ni d'insensibilité, seulement la force dynamométrique des mains est assez faible: à droite 40°, à gauche 35°. On remarque que les mains présentent un léger tremblement qui s'accentue notablement quand le malade porte un verre à sa bouche.

Mais c'est l'état des membres inférieurs qui réclame surtout une mention spéciale. Les mouvements volontaires y sont tellement affaiblis que Le Log... peut à peine les détacher du plan du lit. Il ne résiste que très peu aux mouvements de flexion et d'extension qu'on lui imprime au niveau des diverses jointures; mais certainement il n'y a point de flaccidité des membres; ils ne retombent pas lourdement, comme des masses inertes, quand, après les avoir un instant soulevés, on les abandonne à eux-mêmes. La station debout est possible le sujet étant soutenu par deux aides, mais il oscille et menace de choir quand on lui dit de fermer

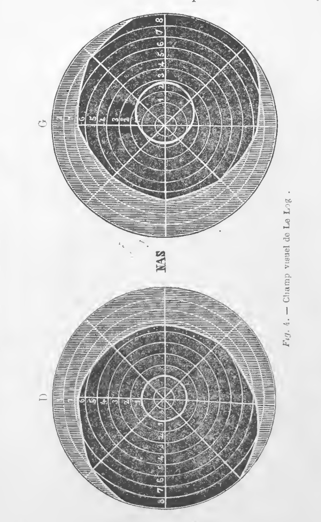


Fig. 4. — Champ visuel de Le Log.

les yeux; impossible du reste de faire un pas en avant; malgré tous les efforts qu'il fait, les pieds restent littéralement fixés sur le sol. Si les membres ne sont pas flasques, ils ne présentent pas non plus les caractères de la paralysie spasmodique: pas d'exagération des reflexes rotuliens, pas de trépidation par redressement de la pointe du pied.

Les troubles de la sensibilité observés aux membres inférieurs sont des plus remarquables. Ils portent à la fois sur la peau et sur les parties profondes. Pour ce qui concerne ces dernières, on reconnaît que les tractions, les mouvements de torsion même très vigoureusement exercés sur les diverses jointures, hanche, genoux, cou-de-pied, etc., ne produisent pas la moindre douleur, pas même la moindre sensation; quand les yeux sont fermés, le malade ignore absolument les attitudes que l'on imprime aux divers segments de ses membres inférieurs. Ainsi, l'un des membres est-il élevé, fléchi au pied, au genou, à la han-

che, posé sur l'autre, le malade n'en sait rien absolument; à la peau les piqures, les pincements, l'application du chaud et du froid, restent inaperçus.

En raison de leur caractère très accentué, aussi accentué que possible, et de leur extension sur toute la surface des membres inférieurs, les troubles de la sensibilité offrent donc un contraste profond avec des troubles moteurs. D'ailleurs, pas d'atrophie des muscles dont les réactions électriques sont normales ; pas traces de paralysie de la vessie ou du rectum.

La recherche des stigmates hystériques donne les résultats suivants : Anesthésie absolue du pharynx, on peut enfoncer le doigt jusqu'à l'épiglotte et le maintenir là, longtemps, sans provoquer la moindre réaction. Le goût est totalement perdu, une pincée de sulfate de quinine est appliquée sur la langue, sans que le malade puisse dire de quoi il s'agit. Il y a de plus anosmie; obnubilation de l'ouïe des deux côtés ; rétrécissement concentrique du champ visuel très prononcé à droite et à gauche (*fig.* 4); nous avons déjà signalé l'hyperesthésie permanente du cuir chevelu, laquelle s'exaspère aux moindres attouchements, aux moindres frôlements. Les frôlements dont il est question provoquent l'apparition des battements dans les tempes et des bruits dans les oreilles.

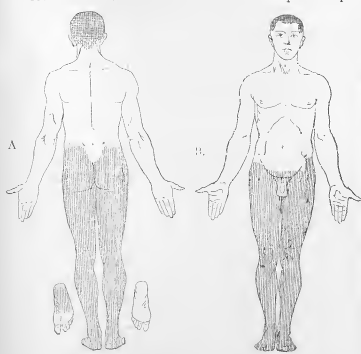


Fig. 5. — Distribution de l'anesthésie chez Le Log...; sur la tête une large plaque d'hyperesthésie.

Les attaques sont représentées de la façon suivante : douleur dans un des flancs, sensation de boule qui remonte jusqu'au cou, menaces d'étouffement, battements dans les tempes. Le plus souvent une épistaxis termine la scène. Les choses, de ce côté, ne vont pas plus loin.

On doit faire ressortir maintenant d'une façon toute particulière *le mode de limitation que présente du côté de l'abdomen et du tronc, l'anesthésie des membres inférieurs chez notre malade.* En avant (*fig.* 5, A.), cette limite est représentée par une ligne qui suit le pli de l'aine de chaque côté, jusqu'à l'épine iliaque antérieure, réservant les organes génitaux; en arrière, c'est une ligne qui suit (*fig.* 5, B.) l'insertion des muscles fessiers, réservant au centre une sorte de V qui correspond au sacrum. Cette disposition est bien différente de celle qui s'observe dans les cas où l'anesthésie des membres inférieurs est la conséquence d'une lésion organique de la moelle épinière, soit par exemple d'un foyer de myélite partielle siégeant vers le milieu de la région dorsale et intéressant plus ou moins profondément la substance grise centrale. En pareil cas, l'anesthésie des membres inférieurs s'étendrait sur la région inférieure de l'abdomen, et se délimiterait, on le sait, des parties saines, par une ligne à peu près perpendiculaire à l'axe du tronc, et passant au voisinage de l'ombilic. — Le mode de délimitation de l'anesthésie chez Le Log... reproduit au contraire exactement *la disposition correspondante qui s'observe chez une hystérique hémianesthésique hypnotisée, lorsque dans la période somnambulique on détermine chez elle par suggestion la paralysie totale du membre inférieur repondant au côté non anesthésié* (*fig.* 6, A et B).

La présence des stigmates classiques et d'attaques, à la vérité, rudimentaires, mais suffisamment caractérisées, permet d'établir péremptoirement l'existence chez le malade du fonds hystérique. Mais on peut aller plus loin et montrer, en outre, que la paraplégie elle-même offre chez lui tous les caractères des paralysies hystériques psychiques ou mentales, comme on voudra les appeler. A l'appui de cette thèse, il convient de rappeler tout d'abord le mode de délimitation de l'anesthésie des membres inférieurs du côté de l'abdomen. En avant, comme on l'a dit, la limite en question est marquée par une ligne qui passe par le pli de l'aine, réservant les organes génitaux et remontant jusqu'à l'épine iliaque, tandis qu'en arrière la ligne frontière suit l'insertion des muscles fessiers, réservant au centre une figure en V qui répond à la face postérieure du sacrum (*fig.* 5, A et B).

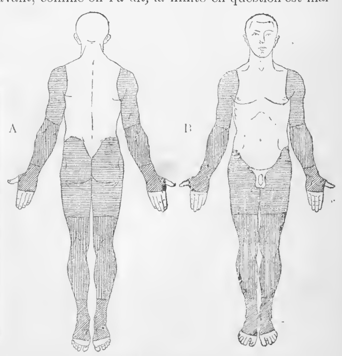


Fig. 6. — Distribution des zones d'anesthésie dans les cas de paralysie partielle des divers segments des membres, artificiellement produite par suggestion chez les hystériques hypnotisables (période somnambulique).

Cette disposition si originale est bien différente, on le voit, de celle qui s'observe quand l'anesthésie des membres inférieurs est la conséquence d'une lésion organique en foyer siégeant, par exemple, vers le milieu de la région dorsale et intéressant plus ou moins profondément la substance grise centrale. Alors, en effet, l'anesthésie des membres inférieurs s'étendrait sur la partie inférieure de l'abdomen ou elle se limiterait du côté des parties saines, par une ligne perpendiculaire à l'axe du tronc, passant au voisinage de l'ombilic.

D'un autre côté, le mode de limitation de l'anesthésie chez notre malade reproduit, au contraire, exactement la disposition qui,— ainsi que cela résulte des nombreuses recherches faites par M. Charcot à ce sujet, —s'observe

chez les hystériques hémianesthésiques hypnotisables, lorsque, dans la période somnambulique, on vient à déterminer chez elles, par voie de suggestion, la paralysie motrice et sensitive totale du membre inférieur, répondant au côté anesthésié (1). Il faut ajouter que chez Lelog..., comme chez les hystériques en question, l'anesthésie s'étend jusqu'aux parties profondes, que toutes les notions relatives au sens musculaire sont abolies et que l'impuissance motrice se montre en même temps très accentuée.

Donc, en ce qui concerne la paralysie, le cas de Lelog. . ne diffère cliniquement, par aucun caractère essentiel, des cas où, chez les hystériques hémianesthésiques hypnotisables, la paralysie des membres inférieurs a été provoquée par voie de suggestion. Cela déjà rend très vraisemblable que, dans les deux ordres de faits, le mécanisme de la production, tant de l'impuissance motrice que de l'anesthésie, est le même. Or, quand chez le sujet somnambulisé on suggère par la parole l'idée d'impuissance motrice d'un membre et qu'on voit cette idée se réaliser effectivement sous la forme spéciale de paralysie qui vient d'être décrite, on ne peut guère, dans l'état actuel de la science, se refuser d'admettre que cela dépend d'une lésion dynamique affectant celles des zones motrices et sensitives de l'écorce grise cérébrale qui, à l'état normal, président au fonctionnement volontaire du membre. En conséquence, on est, du même coup, conduit à proposer comme une hypothèse très plausible que chez Lelog... la production de la paralysie a eu pour point de départ un processus analogue.

A cette manière de présenter les choses, on objectera sans doute que, d'un côté, le malade n'a pas été soumis à l'hypnotisation et que, d'un autre côté, on n'aperçoit pas, au premier abord du moins, dans l'observation, les conditions d'une suggestion. Voici ce que l'on peut alléguer relativement à ces deux points.

En premier lieu, il est certain que l'état mental qui s'observe dans la période somnambulique de l'hypnotisme ne constitue pas la condition unique où par suite de l'obnubilation de la conscience, de la dissociation facile du moi, il soit possible d'éveiller dans les organes psychiques une idée ou un groupe d'idées associées qui, en l'absence de tout contrôle, de toute critique, devront s'établir à l'état autonome, vivre à la manière d'un parasite en quelque sorte, acquérant par ce fait même une force énorme et une puissance de réalisation pour ainsi dire sans limites.

Parmi les états mentaux inconscients ou subconscients dans lesquels, en dehors du somnambulisme hypnotique, les suggestions peuvent ainsi facilement se réaliser, on doit signaler certaines intoxications, celles du haschich par exemple (Ch. Richet) ou de l'alcool (Magnan); on peut signaler encore, suivant l'ingénieuse remarque de M. Page, les émotions, les commotions psychiques, le choc traumatique avec ou sans action physique directe sur la boîte crânienne, c'est-à-dire avec ou sans commotion cérébrale, ce dernier terme étant pris dans l'acception chirurgicale. L'expérience a montré en effet, depuis longtemps, que dans ces conditions-là il n'est point rare de voir survenir des paralysies comparables cliniquement à celles dont il est question en ce moment.

Cela étant, il sera facile de reconnaître que, dans l'histoire de Lelog... on trouve toutes les circonstances requises pour la production de l'état mental particulièrement favorable à la réalisation objective des suggestions. On sait que, projeté violemment contre un trottoir, Lelog... a perdu connaissance immédiatement; puis il est resté comateux pendant plusieurs heures, après quoi, il a été plongé enfin, pendant les deux ou trois jours qui suivirent l'accident, dans un état de véritable torpeur intellectuelle; c'est dire qu'il a présenté alors la condition d'obnubilation psychique propice à l'efficacité des suggestions.

Mais l'on doit se demander actuellement quel a été, chez le malade ainsi préparé, le point de départ de la suggestion, si suggestion il y a eu. C'est ici le lieu de faire remarquer que toutes les suggestions ne sont point mises en jeu par la parole; il en est qui se développent en conséquence de la perception d'une odeur, d'une saveur, à la vue d'un objet particulier, à la suite d'une sensation quelconque en un mot; et si le plus souvent elles sont provoquées par une personne étrangère, parfois aussi elles sont la conséquence d'une modification sensorielle ou sensitive, développée soit spontanément, soit accidentellement chez le sujet lui-même, de manière à constituer ce que l'on appelle une *auto-suggestion*.

A ce propos, M. Charcot a fait appel aux arguments qu'il a présentés dans de précédentes leçons (1) relativement au mécanisme du développement des paralysies hystéro-traumatiques; mécanisme dans lequel ce serait justement l'auto-suggestion qui jouerait le rôle capital. Il convient ici, de se remettre en mémoire, tout d'abord, les phénomènes du *shock local* (2) décrit par quelques auteurs, et qui consistent surtout en ce qu'une contusion portant par exemple sur un membre, pour peu qu'elle soit d'une intensité notable, produira nécessairement, soit uniquement sur la partie du membre où le coup a porté, soit sur le membre tout entier, divers troubles transitoires de la sensibilité et du mouvement, tels que sensation de lourdeur, parfois anesthésie réelle et parésie motrice plus ou moins accentuée. Pour un choc d'une intensité donnée, ces résultats varieront d'ailleurs singulièrement suivant les sujets. C'est ainsi que, chez un homme vigoureux, bien équilibré, un coup de poing d'une intensité modérée asséné sur l'épaule — et ce qui est dit de l'épaule on peut le répéter à propos de la fesse ou de la cuisse — produira à peine un léger sentiment d'engourdissement très passager et limité à la région contuse; tandis que, suivant toute probabilité, chez une femme hystérique l'engourdissement serait remplacé par des troubles beaucoup plus accentués, beaucoup plus étendus et plus durables. Ce sera, par exemple, chez cette dernière, simultanément le sentiment *d'absence du membre tout entier*, une anesthésie généralisée de ce membre, une parésie parfaitement appréciable à l'exploration dynamométrique, etc. Ajoutons que, si cette même hystérique avait été plongée

(1) Ainsi qu'on l'a vu pour le membre supérieur (Voir *Leçons sur le système nerveux*, par M. CHARCOT, t. III, 1887; LEÇON XXI, pages 328, 340, 341 et la LEÇON XXII, *passim*), on peut chez les sujets hémianesthésiques hypnotisables, pendant la période somnambulique, déterminer par suggestion orale, ou par l'application d'un coup, la paralysie partielle ou totale d'un membre inférieur. Dans le cas de paralysie partielle des mouvements d'une jointure, hanche, genou, cou-de-pied, etc., l'impuissance motrice de cette jointure entraine avec elle, à peu près nécessairement, — ainsi que cela a lieu dans le membre supérieur, — l'anesthésie cutanée et profonde d'un segment correspondant du membre. Les limites qui séparent les diverses zones d'anesthésie ainsi produites, sont représentées ici également par des lignes circulaires déterminant un plan fictif perpendiculaire au grand axe du membre (*fig.* 6, A et B).

(1) Voir LEÇONS XXI, XXII, XXIII. *Leçons sur le système nerveux*, par CHARCOT, t. III, 1887.

(2) Grœningen, Fischer, Billroth, etc. V. la LEÇON XXVI; *loc. cit.*

dans l'état somnambulique, le même choc eût déterminé, à peu près à coup sûr, une monoplégie complète, portant sur la sensibilité et sur le mouvement, présentant en un mot tous les caractères qui distinguent les paralysies hystéro-traumatiques, considérées dans leur type de développement parfait.

Il est clair que les divers cas qui viennent d'être passés en revue représentent les termes d'une même série et que l'explication qui conviendrait à l'un d'entre eux, s'appliquerait également à tous les autres. Il suffira donc de considérer, par exemple, le cas du sujet hypnotisé où les accidents sont portés au plus haut degré et se présentent d'ailleurs dans des conditions plus accessibles à l'analyse. Or, pour ce cas-là, M. Charcot propose d'admettre que c'est dans le fait même du choc local, et en particulier, dans les phénomènes sensitifs et moteurs qui s'y rattachent qu'il faut chercher le point de départ de la suggestion. D'un côté, la sensation de lourdeur, de pesanteur, d'absence du membre contusionné et, de l'autre côté, la parésie qui ne manque pas d'exister toujours à un certain degré, feront naître, en quelque sorte tout naturellement, l'idée d'impuissance motrice du membre; et cette idée, en raison de l'état mental somnambulique si particulièrement favorable à l'efficacité des suggestions, pourra acquérir à la suite d'une sorte d'incubation, un développement considérable et se réaliser enfin objectivement sous la forme d'une paralysie complète, absolue.

Cette théorie peut, on le conçoit, s'appliquer de tous points à l'interprétation du mode de développement des paralysies hystéro-traumatiques qui se produisent à l'état de veille, en dehors de l'hypnotisme. Ici, la modification mentale appropriée est déterminée par l'ébranlement nerveux général (*nervous shock*) qu'a nécessairement provoqué l'accident et, pour ce qui est de la suggestion elle-même, elle est la conséquence directe et comme un prolongement amplifié des phénomènes du choc local. Cette dernière circonstance est, soit dit en passant, bien propre à montrer pourquoi les paralysies phychiques consécutives à une contusion occupent constamment le membre sur lequel le choc a porté.

Un bon nombre des paraplégies déterminées par une émotion, la peur en particulier (*Schrecklæhmungen* des auteurs allemands) (1) reconnaissent, sans aucun doute, l'explication qui vient d'être proposée. On sait que chez l'homme une émotion vive et soudaine, la frayeur par exemple et *a fortiori* la terreur, entrainent à peu près nécessairement avec elles un sentiment d'impuissance motrice des membres inférieurs, et au plus haut degré, sans sortir encore pourtant des conditions pour ainsi dire physiologiques, une véritable parésie paraplégique accompagnée parfois de tremblement (2). Le choc nerveux cérébral (*nervous-shock*) inséparable de l'émotion, produira en pareil cas, chez un sujet prédisposé, la modification mentale qui rendra possible la transformation de la parésie émotive, transitoire, physiologique, en une véritable paraplégie complète et durable. C'est de la même façon, probablement, qu'il conviendra d'expliquer bon nombre des paraplégies produites par la foudre.

(1) Sur les *paralysies émotives*, voir surtout : R. B. Todd, *Clin. Lect.*, Ed. by Beale. London, 1861, p. 779. — O. Berger. Emotions neurose *Deutsch. Zeit. f. prakt. Med*, 1877, nº 38, 39. Leyden. *Ruckenm. Kr.* 1, Bd. pages 172, 173, 174. — R. Lippe. *Zur Casuist. der Schrecklæhmung*. Inaug. diss. Breslau, 1877. —P. K. Pel, *zur Casuistik der Schrecklæhmung, Berl. Klin. Woch.*, 1881, nº 23).

(2) Ch. Darwin. — L'*Expression des émotions*, p. 30 et pass. Paris, 1877.

Pour en revenir maintenant au cas de Lelog..., il ne nous reste plus qu'à déterminer pourquoi c'est dans les membres inférieurs que la paralysie hystéro-traumatique s'est développée chez lui. On n'aura pas oublié que dans les premiers jours qui suivirent l'accident, le malade portait sur la partie antérieure de la cuisse droite et sur toute la partie inférieure de l'abdomen de larges ecchymoses; on a pu remarquer de plus, qu'à cette époque, il se plaignait de ressentir dans les membres inférieurs qui, d'ailleurs, étaient très notablement parésiés, un sentiment de pesanteur, de lourdeur, et jusqu'à un certain point, *d'absence de ces membres.* Ce sont ces phénomènes-là très vraisemblablement, ainsi que la présence des ecchymoses qui ont fait naître dans l'esprit de Lelog... la conviction que les roues de la voiture qui l'a renversé lui ont, comme il dit, « passé sur le corps ». Cette conviction qui le poursuit jusque dans ses rêves (1), est cependant absolument erronée. Nous le savons pertinemment par les renseignements que nous ont fournis les témoins oculaires du drame. Mais si les cuisses et le bassin n'ont pas été écrasés sous le poids des roues, il n'est guère douteux, par contre, que ces parties, dans le temps où le malheureux a été projeté sur le trottoir, ont dû être fortement ébranlées par le choc local et ce sont justement les phénomènes produits par ce choc qui, à leur tour, ont déterminé l'auto-suggestion d'où dérive la paraplégie. Il y a lieu de remarquer que chez Lelog..., comme dans la plupart des cas du même genre, la paralysie ne s'est pas produite au moment même de l'accident, mais seulement quelques jours après, à la suite d'une sorte d'incubation d'élaboration mentale inconsciente (2).

En outre des phénomènes de nature hystérique qui viennent d'être relevés chez Lelog..., il en est d'autres qui n'appartiennent pas à la même catégorie : on a vu que le malade souffre d'une façon permanente d'une céphalée constrictive qui lui donne la sensation d'un casque lourd enserrant la tête de toutes parts. Tous les bruits retentissent péniblement à son oreille et il fait tout pour les éviter. Il lui est impossible de fixer son attention sur un point, de causer quelque peu sans éprouver rapidement une énorme fatigue. Aussi, est-il silencieux et ne répond-il qu'à regret et comme en rechignant aux questions qu'on lui adresse. Le plus souvent on le trouve morne, mélancolique, presque stupide, parfois anxieux. Il est irascible, s'emporte aux moindres observations qu'on lui fait, et demande incessamment à changer de place dans la salle ou il est couché, se plaignant constamment de ses voisins qui « l'agacent. » Il a de l'insomnie et il est souvent tourmenté par des rêves pénibles relatifs aux détails de son accident tels qu'il les a imaginés. Sa mémoire d'ailleurs paraît considéra-

(1) Voir un cas de paraplégie survenue à la suite d'un rêve, communiqué à la *Société de Biologie*, par M. Feré (séance du 20 novembre 1886).

(2) Il s'agit là, en général, d'un phénomène de cérébration, de mentation, d'idéation inconscientes ou subconscientes. Le sujet mis en cause constate le résultat, mais il ne conserve aucun souvenir ou il conserve tout au plus un souvenir vague des diverses phases du phénomène. Là-dessus on ne peut que rarement le consulter avec fruit, il ne sait rien ou presque rien. En somme, on peut comparer le processus dont il s'agit, à une sorte d'action réflexe, dans laquelle le centre de l'arc diastaltique est représenté par les régions de l'écorce grise où s'opèrent physiologiquement les phénomènes psychiques relatifs aux mouvements volontaires des membres. En raison de la dissociation facile de l'unité mentale, du moi, dans les cas de ce genre, ces centres peuvent être mis en jeu, sans que les autres régions de l'organe psychique en soient averties et appelées à prendre part au processus.

blement affaiblie. De l'accident lui-même il ne se rappelle rien, quoi qu'il en dise, et il y a lieu de croire que tout ce qu'il en raconte il l'a rêvé et inventé inconsciemment, amplifiant tout ce qu'il a entendu dire à ce sujet. Même pour les faits antérieurs à l'accident, il y a dans son esprit des lacunes énormes. Ainsi, il ne peut dire le nom d'aucun des patrons chez lesquels il a travaillé, ni désigner leurs demeures, etc.

On remarquera que ces divers phénomènes rappellent de tous points les troubles psychiques qui, avec ou sans l'accompagnement de manifestations hystériques, se montrent fréquemment en conséquence d'un choc nerveux (*Nervous Shock*), plus particulièrement quand le choc a été précédé ou suivi d'une commotion cérébrale physique. Ces accidents-là ont été parfaitement décrits par MM. Skae, Page, Westphal, Moeli, Krafft-Ebing, et tout récemment par M. Guder (1). Il est clair que chez le pauvre Lelog... ils aggravent la situation déjà assez compliquée autrement. Les phénomènes qui relèvent de l'hystérie chez l'homme sont, par eux-mêmes, souvent fort sérieux, surtout quand ils sont d'origine traumatique, en raison de leur ténacité, de leur durée, de leur résistance aux médications les plus rationnelles. L'existence de la *psychose traumatique* vient ajouter encore à la gravité du pronostic, car il ne serait pas difficile de citer des exemples où cet état devenu incurable s'est terminé par la démence.

Les détails qui précèdent relativement au cas de Lelog... datent du 19 avril 1886. Voici en résumé ce qui s'est passé chez lui depuis cette époque. Pendant toute la durée des mois de mai et juin, aucun changement appréciable. Les attaques avec saignement de nez ont été fréquentes et intenses. La mauvaise humeur et parfois la stupeur persistent, de temps à autre un peu d'anurie. Le malade se nourrit mal; il vomit souvent. Sueurs profuses. Vers le milieu de juillet, les attaques prennent un caractère spasmodique plus accentué. Le malade se débat davantage, il esquisse l'arc de cercle, déchire ses vêtements; on est obligé de l'attacher. Cependant, au milieu de ces désordres, les membres inférieurs restent immobiles. Les épistaxis sont plus rares et moins abondantes au fur et à mesure que les convulsions tendent à prédominer. Le 15 *août* 1886, le malade a eu le matin une attaque convulsive très bien dessinée; il n'y a pas eu d'épistaxis. Pendant l'attaque, à un moment donné, on a vu *les membres inférieurs s'agiter et les pieds venir frapper avec tant de force contre les barreaux du lit que celui-ci en a été déplacé. L'attaque terminée, le malade est descendu de son lit et s'est mis à marcher*, d'abord avec une certaine hésitation, longeant les murs et s'appuyant sur les objets environnants: mais au bout de quelques heures, la marche est devenue absolument normale.

Néanmoins, l'anesthésie cutanée et profonde persiste, à un degré très prononcé encore, dans les membres inférieurs. Les autres stigmates, à savoir le rétrécissement du champ visuel, l'anesthésie pharyngée, etc., n'ont pas subi de modification appréciable.

Depuis cette époque, les attaques sont devenues plus rares et moins intenses. L'amélioration, en ce qui concerne les mouvements des membres inférieurs, ne s'est pas démentie; le malade marche de mieux en mieux: il est sorti plusieurs fois de l'hospice pour aller voir ses amis et a fait d'assez longues courses sans trop de fatigue. Cependant la torpeur cérébrale subsiste toujours à un certain degré, et les stigmates ainsi que l'anesthésie des membres inférieurs ne se sont en rien modifiés. (1er novembre 1886).

La *disparition subite* de la paraplégie motrice à la suite d'une attaque qui présente tous les caractères de l'attaque hystérique, vient confirmer d'une manière éclatante l'opinion formulée concernant la nature de la maladie. Le malade cependant, plus d'un an après l'accident, ne peut pas être considéré comme guéri. En effet, les stigmates hystériques persistent chez lui à peu près comme ci-devant.

(1) Westphal. *Charité Annalen*. Jahr., 1878. S. 379. — Kiegler. *Die im Eisenbahndienste Vork. Berufskrankh.* Berlin, 1883. — Moeli. *Ueber phychische Storungen nach Eisenbahnunfallen. Berl. Klin. Woch.*, 1881, nº 6. — Krafft Ebing *Lehrb. der Psychiat*, 1883, p. 188. P. Guder. *Die Geistesstorungen nach Kopfverletzung*. Iéna, 1886.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine de Paris: Ouverture du cours d'anatomie. M. le Pr Farabeuf.

Il y a quelques semaines (1) nous annoncions l'ouverture du cours du chef des travaux anatomiques et nous nous demandions pourquoi on avait à ce moment-là admis M. Farabeuf à professer dans le grand amphithéâtre de la Faculté. La raison était bien simple et avait été d'ailleurs soupçonnée par tous: c'était la nomination future, mais certaine, de M. Farabeuf à la chaire d'anatomie, devenue vacante depuis la mise à la retraite de M. Sappey.

Aussitôt nommé professeur (2), M. Farabeuf a voulu professer et a fait, dès le vendredi 14 janvier, la leçon d'ouverture du cours d'anatomie qu'il va continuer les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

A son entrée dans la salle, littéralement bondée d'étudiants, le professeur a été reçu par une salve d'applaudissements aussi sympathiques que vigoureux. C'est à peine si M. le Doyen Béclard, en présentant M. Farabeuf à son auditoire, a pu se faire entendre et prononcer quelques paroles au milieu d'un bruyant enthousiasme.

M. le Pr M. Duval, plusieurs agrégés, le personnel de l'Ecole pratique au grand complet, prosecteurs et aides d'anatomie, un grand nombre d'internes des hôpitaux, avaient tenu à assister à cette première leçon et à venir féliciter l'ancien Directeur de l'Ecole pratique. Le grand amphithéâtre de la Faculté a été deux fois trop petit; nous ne doutons pas qu'il continue à l'être, à l'honneur du nouveau professeur, mais au détriment des nombreux élèves qui, mal assis ou forcés de rester debout, très éloignés de la chaire, ont beaucoup de peine à saisir les paroles du maître et à utiliser les belles planches qu'on leur mettra sous les yeux.

Après avoir remercié l'assemblée des professeurs qui l'a jugé digne de monter dans cette chaire, après avoir payé le tribut traditionnel de reconnaissance au Gouvernement qui a ratifié le choix de la Faculté, M. Farabeuf a bien voulu rappeler que c'étaient surtout ses premiers élèves, aujourd'hui agrégés pour la plupart, qui avaient contribué le plus à le faire choisir par la Faculté. Il salue son prédécesseur M. Sappey, mais ne peut faire l'analyse de son œuvre puisqu'il est encore vivant. Il a été l'un des plus brillants anatomistes du siècle et ses travaux, on le sait, viennent de lui ouvrir les portes de l'Institut.

Il donne, chemin faisant, son avis sur la façon dont il comprend le professorat, et la manière dont on doit enseigner l'anatomie. Pour lui, les professeurs devraient être payés par les élèves, comme cela se pratique en Allemagne; tout le monde payant, il n'a pas de peine à démontrer que tout le monde, élèves et maitres, trouveraient à ce changement leur profit. Puis, il prend la défense des

(1) Voir *Prog. méd.*, nº 50, 1886, p. 1074.
(2) Voir *Prog. méd.*, nº 2, 1887, p. 36. Nomination du 30 décembre 1886.

travaux pratiques obligatoires, en anatomie comme pour toute autre science. Il est absolument partisan de la spontanéité dans le travail, il l'avoue, mais il s'empresse de faire une restriction : il faut aux élèves une certaine suggestion, l'encouragement banal au travail ne suffisant pas, à ce qu'il pense.

Le fond de cette leçon d'ouverture est l'histoire de l'Ecole pratique : il a rappellé comment on disséquait autrefois, comment étaient traités prosecteurs et aides d'anatomie, comment était organisée l'ancienne Ecole de dissection, pourquoi on avait peu de cadavres, enfin tous les déboires qu'il a eu à supporter au début de sa carrière de chef des travaux anatomiques. Il voudrait voir, puisqu'il admet l'enseignement libre de l'anatomie, se créer une Ecole anatomique composée de jeunes maîtres payés et d'élèves payants ; il faut admettre la concurrence là comme ailleurs. Il est persuadé qu'il doit sa situation actuelle à la place qu'occupe désormais dans l'enseignement supérieur l'Ecole pratique d'anatomie ; en effet, il ne faut pas l'ignorer, elle a été créée et a eu des élèves bien avant qu'on ait décrété obligatoires les travaux pratiques d'anatomie ; qu'on ne l'accuse donc pas d'avoir prêté la main à la confection de ces décrets : « les décrets sont tellement au-dessus de la tête d'un chef des travaux anatomiques! Cette leçon, Messieurs, ajoute-il, n'aura rien appris à personne, mais elle m'aura du moins permis de rappeler des choses qui, pour n'être pas connues de la génération actuelle, n'en étaient pas moins utiles à dire. » Toutes les réformes qu'il désirerait voir se réaliser ne seront pas faites d'ici longtemps, il en est bien certain, aussi bien pour l'enseignement de l'anatomie que pour celui des autres sciences ; mais qu'importe, le progrès continuera sa marche en avant.

A l'étranger, l'anatomie fait des progrès considérables. Faisons donc en sorte que le *progrès anatomique* vienne aussi un peu de France. C'est le vœu le plus cher au nouveau professeur et le nôtre.

Faculté de droit de Paris : Conférences de médecine légale. M. le Dr Dubuisson.

Le jeudi 13 janvier, à 4 heures, M. le Dr Dubuisson, médecin-adjoint de l'asile Saint-Anne, a commencé, à la Faculté de droit, une série de leçons sur les maladies mentales au point de vue de la responsabilité et de la capacité. Il débute par l'étude de la responsabilité en général et trace l'historique de cette question médico-légale depuis un siècle ; il nous montre la situation qu'ont eue successivement devant les tribunaux les aliénés suivant les différentes époques, les différentes théories basées sur les progrès de la psychiâtrie. Tout d'abord exonérés, alors seulement que la folie était patente pour tout le monde et traités ensuite pis que des animaux, les aliénés bénéficièrent des réformes de Pinel et, à la suite des travaux d'Esquirol, les idiots, les déments, les maniaques et les mélancoliques, purent être, à l'occasion, déclarés irresponsables. Puis ce furent des malades, atteints de délire partiel si important à connaître pour le magistrat en raison de leur nombre, de la fréquence des questions médico-légales qu'ils suscitent et de la dissimulation qu'ils mettent au service de leur délire, se jouant souvent des interrogatoires, toujours logiques avec eux-mêmes. Le champ de l'irresponsabilité s'accrut encore avec les doctrines de Morel qui assigna une place parmi les héréditaires aux fous moraux, jusque-là non classés et pour lesquels de violentes contestations s'élèvent souvent entre l'expert et le tribunal. Assurément, ces individus ne sont pas normaux, et aujourd'hui une tendance se manifeste en France, en Angleterre, et surtout en Italie, en Russie pour regarder la criminalité comme assimilable aux états de dégénérescence de Morel. M. Dubuisson s'est déjà un peu élevé contre cette doctrine qui tourne à l'exagération, et ce point fera le sujet de sa prochaine leçon. C'est là, en effet, une question fort intéressante et si les anthropologistes et les aliénistes peuvent assimiler les criminels aux dégénérés, en les étudiant au point de vue scientifique pur, il ne faut pas trop, sur de simples théories, tirer des conclusions prématurées, ni s'exposer à sacrifier ainsi les intérêts de la collectivité à ceux de l'individu.

En somme, nous ne pouvons que féliciter chaudement M. Dubuisson de l'initiative qu'il a prise ; plus que tout autre, par ses études spéciales, tant en matière de droit qu'en médecine mentale, il est à même de mener à bonne fin la tâche qu'il s'est imposée. Ses conférences comblent une véritable lacune, car les différents cours faits jusqu'ici par les aliénistes visent surtout le côté médical ; et cependant le magistrat doit être assez au courant de ces questions sinon pour diagnostiquer (ce qui est le rôle du médecin) au moins pour soupçonner chez les prévenus un état de folie. Dès l'annonce de ce cours, nous ne doutions pas du succès, et le public nombreux qui remplissait l'amphithéâtre à la leçon d'ouverture, a montré par son accueil sympathique que nos prévisions étaient bien fondées.

Les Facultés de médecine en Allemagne.

La *Deutsche medicinische Wochenschrift* (1) nous fournit quelques détails intéressants sur la constitution du personnel enseignant dans les Facultés de médecine allemandes et sur le nombre des étudiants qui, en l'année 1886, ont fréquenté les cours médicaux des Universités de ce pays. Nous nous permettons d'attirer, sur les chiffres ci-dessous, l'attention de ceux de nos lecteurs qui s'intéressent aux choses de l'enseignement; nous les donnons sans commentaires, laissant à chacun le soin d'en tirer une conclusion. Nous souhaitons qu'elle ne soit pas trop défavorable à la France, si la chose est possible.

On sait qu'il existe en Allemagne 20 Facultés de médecine, qui comprennent : 203 *professeurs ordinaires*, 4 *professeurs honoraires*, 156 *professeurs extraordinaires*, 214 *privat-docenten*, 4 *lehrer* (maîtres : art dentaire et médecine vétérinaire) ; au total, 581 professeurs de médecine, dit le journal en question. La Faculté de Berlin possède 15 professeurs ordinaires, 2 professeurs honoraires, 26 professeurs extraordinaires, 57 privat-docent, 3 *maîtres* en art dentaire, c'est-à-dire 103 professeurs en tout. (Comparez avec Paris, quoique la comparaison ne puisse pas se faire avec la rigueur désirable.) Leipzig et Munich ont 44 professeurs de médecine; Breslau, 38; Bonn et Strasbourg, 30. C'est Rostock qui en a le moins, 12 seulement. La Faculté de

(1) Voir n° 1, 6 janvier 1887.

médecine de Berlin elle-même ne peut lutter avec celle de Vienne qui compte 19 professeurs ordinaires, 37 professeurs extraordinaires, 67 privat-docent, c'est-à-dire 123 personnes; mais le journal auquel nous empruntons ces renseignements fait remarquer que, par contre, le rapport entre le nombre des étudiants en médecine et celui des professeurs est différent à Berlin et à Vienne, et qu'il est plus favorable pour Berlin. En effet, pendant le semestre de l'été de 1886, il y a eu, à la Faculté de Berlin, 1.142 étudiants inscrits, à Vienne 2.289. Ceci donne 1 professeur pour 11 étudiants à Berlin, 1 pour 18,5 à Vienne. 1/11 vaut évidemment mieux que 1/18,5, au point de vue du chiffre, au moins; inutile de faire remarquer que ces rapports sont plus curieux qu'importants. Cependant, quoique tous ces calculs n'aient pas un grand intérêt, voyons ce que nous trouvons pour Paris, où il y a, à la Faculté de médecine, 33 professeurs titulaires (nous ne parlons pas des professeurs honoraires, qui ne font pas de cours), 1 chef des travaux anatomiques qui doit faire un cours, et 33 professeurs agrégés. Au total, 67 professeurs. En réalité, cette façon de compter n'est pas exacte, mais il nous paraît difficile de faire mieux; en effet, plusieurs agrégés de l'Ecole ne font pas de leçons, et, d'autre part, les prosecteurs et même les aides d'anatomie, etc., en font qui rendent de réels services aux élèves. Aussi, au point de vue du nombre des personnes professant, sinon des professeurs, à la Faculté de médecine de Paris, nous croyons que nous ne sommes pas trop inférieurs à Berlin et à Vienne. Mais n'oublions pas, ce qui vaut mieux, qu'à Paris la population moyenne des étudiants en médecine oscille autour du chiffre de 4.000 (1), chiffre très supérieur même à celui de Vienne. Conclusion forcée : le rapport entre le nombre des étudiants et celui des professeurs est, à Paris, moins favorable qu'à Vienne et surtout qu'à Berlin; autrement dit, les chiffres semblent prouver que les élèves doivent être théoriquement mieux instruits à Berlin qu'à Paris. Jusqu'à quel point cela est-il vrai ?

Si nous passons maintenant au nombre total des étudiants en médecine en Allemagne, nous voyons que, pendant le semestre d'été de 1885, il y a eu 8.261 étudiants, ce qui donne 1 professeur pour 14,2 étudiants. Citons encore ce fait que Munich vient de suite après Berlin, relativement au nombre des élèves; cette ville en compte 1.123 et Berlin, on l'a vu, n'en a que 1.142 (2). Après Munich, on trouve Wurzburg, qui en a 796; Leipzig, 679; Fribourg, 544, Greifswald, 461 (statistique du semestre d'été de 1886). Il est curieux de voir qu'à Greifswald il n'y a que 84 étudiants pour 15 professeurs; le rapport cité plus haut est là de 1/5,6. Ceci nous rappelle la misère de plusieurs de nos Ecoles préparatoires, mais n'insistons pas. M. B.

(1) Voir *Revue scientifique*, 18 décembre 1886.
(2) La Faculté de médecine de Bruxelles n'avait, en 1886, que 499 étudiants en médecine, alors que l'Université de cette ville en comptait 1735 en tout. (*Presse médicale belge*.)

AVIS AUX LECTEURS. — *Nous prévenons nos lecteurs que la* TABLE DES MATIÈRES *du deuxième semestre de 1886 paraîtra dans le n° 5, et nous rappelons que celle du premier trimestre de 1886 a paru dans le n° 35, 1886.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 janvier 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

Le Président lève la séance après avoir consulté la Société qui décide qu'elle ne siège pas à l'occasion des funérailles de P. BERT, son ancien président perpétuel. G. T.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 janvier 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY

Suite de la discussion sur la rage.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce qu'il a reçu de Russie une dépêche l'informant que les dix soldats russes, inoculés par M. Pasteur, avaient été mordus par un chien parfaitement enragé.

M. GRANCHER a adressé une lettre rectificative à l'Académie, pour protester contre le reproche adressé à M. Pasteur de cacher ses insuccès. Depuis le 1er mars 1886, le Laboratoire a publié quatre statistiques trimestrielles. Désormais, il publiera une statistique détaillée tous les mois. Aujourd'hui, il dépose sur le bureau de l'Académie une statistique générale, contenant tous les faits depuis que le service de la vaccination a commencé. Cette statistique accuse 1.929 vaccinés, 18 morts, soit une mortalité de 0,93 0/0.

M. PETER rapporte deux nouveaux faits concernant des inoculations intensives suivies de mort, et aborde le problème général de la rage, dans ses rapports avec la méthode de Pasteur. La rage du chien est une maladie convulsivante; la rage du lapin est une maladie paralytique. Il semble donc rationnel de reconnaître que chacune de ces formes doit engendrer des accidents semblables chez l'homme. Autrefois, la rage de l'homme était exceptionnellement paralytique; aujourd'hui, elle est plus fréquemment observée, et cette fréquence coïncide avec les inoculations de rage de lapin. Aux défenseurs de la doctrine, M. Peter déclare que leur seule argumentation en faveur des inoculations intensives est celle de l'alibi et des circonstances atténuantes, argumentation qu'ils ont déjà essayé d'employer pour la vaccination simple. Lors du premier cas de rage, malgré la vaccination, les partisans de la méthode ont invoqué une méningite, d'abord, pour reconnaître ultérieurement la rage, mais en insistant alors sur le délai de 86 jours écoulés entre la morsure et la vaccination. Dans les circonstances actuelles, il est procédé de même et M. Brouardel attribue ainsi la mort d'un enfant à une urémie singulière, non précédée de prodromes.

M. Peter fait remarquer que tous les malades, auxquels il a fait allusion, ont vu leur maladie se développer dans les limites connues de la période d'incubation de la rage, c'est-à-dire de 30 à 40 jours. Cette rage ne serait autre que le produit hybride dû à la collaboration du virus du chien et du virus du lapin. M. Peter reproche à M. Brouardel d'avoir invoqué le témoignage de M. Von Frisch, sans révéler les faits contradictoires. Ainsi donc, au point de vue clinique comme au point de vue expérimental, la méthode intensive est une méthode dangereuse, périlleuse, contrairement à la méthode primitive qui, si elle n'était pas efficace, était tout au moins inoffensive. M. Peter se plaît à reconnaître que les expériences physiologiques de M. Pasteur sont merveilleuses et lui font le plus grand honneur, mais il déclare que l'application de ses expériences à la médecine humaine n'est pas exempte de danger. Après avoir rappelé les expériences de M. Pasteur sur la rage, M. Peter rapporte les conditions spéciales dans lesquelles le jeune Meister fut appelé à subir heureusement les inoculations antirabiques, en présence de MM. Vulpian et Grancher. Depuis lors, un grand nombre de personnes mordues se sont présentées rue d'Ulm. Les statistiques qui résultent de cet état de choses ne semblent pas démonstratives à M. Peter. Dans l'espace d'une année, il est mort

30 enragés, 14 inoculés et 16 non inoculés. Or, si l'on consulte l'article « rage » qui émane de la plume de M. Brouardel, on apprend que trente personnes environ meurent tous les ans de la rage. En présence de ces quelques insuccès, M. Pasteur a imaginé la nouvelle méthode des inoculations intensives. Depuis que cette nouvelle méthode est appliquée, le nombre des morts se multiplie et ces morts se produisent d'une façon insolite. Avec la médication primitive, les faits de rage n'ont pas diminué; mais, avec la médication intensive, les morts se multiplient. Aussi, M. Peter estime-t-il que la méthode n'est pas étrangère à ce résultat.

M. Vulpian ne regrette nullement son enthousiasme des premiers jours et, considérant les faits avec sang-froid, reste convaincu des bienfaits de la méthode, à l'aide de laquelle M. Pasteur préserve de la rage les personnes mordues par des chiens enragés ou suspects. Si M. Peter a voulu démontrer que la méthode qu'il combat a eu des insuccès, il a été précédé dans cette voie par M. Pasteur lui-même. Son reproche de dissimuler les insuccès n'est donc pas fondé.

M. Peter se base sur les statistiques pour déclarer que cette méthode est inefficace. En réalité, M. Peter accuse d'une faute lourde, d'homicide involontaire, M. Pasteur et ses collaborateurs. Les deux propositions qu'il développe sont les suivantes : 1° La méthode préservatrice antirabique de M. Pasteur est périlleuse, elle peut donner la rage aux personnes qui s'y soumettent; 2° cette méthode est inefficace. Au total, pour démontrer que les inoculations préventives pratiquées par la méthode de M. Pasteur sont périlleuses, qu'elles peuvent déterminer la mort, M. Peter a cité un petit nombre de faits. Pour lui, ce sont des faits ou de rage du laboratoire (rage de lapin) ou de rage mixte qu'il appelle la rage canino-expérimentale produite, en collaboration, pour employer ses expressions, par le virus de chien et par ce qu'il nomme le virus pastorien. Les arguments qu'il invoque, c'est que la physionomie de la rage classique était méconnaissable dans ces cas, ou tout au moins très modifiée ; on n'a pas observé le délire, les convulsions générales ; l'hydrophobie ne s'est pas manifestée dans deux cas; dans un cas, elle ne s'est montrée que tardivement et à un faible degré. M. Vulpian laissera de côté les douleurs au niveau des piqûres ; c'est là un argument de peu de valeur. Toute autre est l'importance qu'il convient de reconnaître aux phénomènes paralytiques. La rage humaine est mal connue ; aussi, lorsque l'attention sera plus particulièrement appelée sur cette forme paralytique de la rage, il est présumable que des faits viendront en démontrer l'existence. Et d'ailleurs il existe un certain nombre de faits de forme paralytique de la rage. M. Vulpian ignore dans quelle proportion cette forme paralytique est rare, mais n'admet pas qu'on puisse la considérer, chez les individus soumis au traitement préventif après morsure, comme une preuve que cette rage est due, non aux morsures de l'animal enragé, mais aux inoculations préservatrices. Rien n'autorise M. Peter à accuser la méthode de M. Pasteur d'être périlleuse et même meurtrière ; rien ne légitime les craintes qu'il semble s'être proposé de répandre parmi les personnes qui, après avoir été mordues, viennent chercher le calme dans le laboratoire de M. Pasteur. M. Peter déclare du reste que la méthode de M. Pasteur est inefficace, et se fonde pour appuyer son dire sur la mortalité annuelle des enragés traités ou non et qu'il ramène au chiffre moyen de trente.

La statistique de M. Pasteur comprend tous les cas qu'il a traités depuis la fin d'octobre 1885 à la fin d'octobre 1886; ces cas sont au nombre de 1726 pour la France et l'Algérie. Sur ce nombre, il y a eu 12 morts; il y a eu ainsi moins d'un mort pour 100 traités. D'autre part, il y a eu 16 morts parmi les mordus non traités. Il est donc permis de dire que, parmi les personnes traitées, il n'en est mort que moins d'une pour cent, tandis qu'il est mort 16 0/0 des personnes non traitées par la méthode Pasteur. En considérant le nombre de 16 0/0 comme le chiffre de la mortalité moyenne chez les personnes mordues, en l'appliquant aux cas traités par M. Pasteur, on voit que le nombre des personnes qui, parmi les 1726 traitées, auraient succombé à la rage, si elles n'avaient pas été soumises aux inoculations préventives, aurait été de 276. En défalquant les 12 personnes, mortes malgré le traitement, il reste 264 individus qui ont été sauvés par le traitement. La méthode intensive a également fait ses preuves. Nous connaissons ses résultats depuis les communications détaillées de MM. Pasteur et Grancher, et nous sommes en droit de proclamer qu'elle ne présente aucun danger. Les personnes qui viennent réclamer le secours de la méthode de M. Pasteur ne courent aucun risque. Bien plus, ce traitement préventif de la rage après morsure, préserve de la rage presque toutes les personnes qui s'y soumettent. M. Peter s'est proposé de montrer que la méthode de traitement préventif de la rage, créée par M. Pasteur, est antiscientifique, qu'elle est inefficace, qu'elle est dangereuse. Il a échoué dans son entreprise. La méthode, qu'il a combattue sans armes valables, est scientifique au premier chef; elle est efficace à un degré inespéré ; enfin, elle ne présente aucun danger.

M. Brouardel déclare que M. Peter n'est pas fondé à dire que le chiffre de 30 morts peut être donné comme celui de la mortalité annuelle de la rage en France, et cite un exemple de rage paralytique chez l'homme, qui a été rapportée par Van Swieten. La supériorité de la méthode intensive se trouve enfin établie par les statistiques de l'Institut d'Odessa : 101 cas de rage traités par la méthode simple donnent 7 morts ; 35 traités par une méthode intermédiaire, 1 mort; 140 traités par la méthode intensive donnent 0 mort. (Voir page 76). A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 janvier 1887. — Présidence de M. Féréol.

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. Guyot fait, dans son discours d'adieu, le résumé des travaux les plus importants de la Société en 1886. Il prononce l'éloge de Triboulet et Zuber, morts durant l'année. Puis il cède le fauteuil à M. Féréol, qui remercie ses collègues et ouvre immédiatement la séance.

M. Féréol présente un malade qui a été ponctionné deux fois pour une ascite, liée à une cirrhose atrophique. Actuellement le liquide ne s'est pas reproduit depuis un an; le foie est petit. L'état général est bon.

M. Rendu cite le cas d'un officier de soixante ans, qu'il observa il y a un an. Il avait une ascite volumineuse, un état général très grave, tendance à des hémorrhagies multiples; il semblait devoir succomber sous peu à de l'ictère grave. Il fut ponctionné quatorze fois, au Val-de-Grâce, puis il se fit un développement marqué de la circulation sous-cutanée de l'abdomen, et, depuis cinq mois, il n'y a pas trace d'ascite. L'état général est bon, mais le foie et la rate restent volumineux. — M. Rendu se souvient également d'avoir rencontré deux fois à l'autopsie de sujets morts de tout autre chose, une cirrhose atrophique type, sans trace d'ascite.

M. Troisier croit qu'il faut être très réservé pour le nom à donner à ces faits de guérison de l'ascite; il est fort possible qu'il ne s'agisse pas de cirrhose atrophique, mais d'une forme spéciale de lésion hépatique.

M. Guyot a observé une femme qui eut de l'ascite, de l'anasarque, et resta guérie pendant deux ans. Elle revint mourir dans le service, on constata alors l'existence d'une cirrhose atrophique.

M. Blachez présente un rein dégénéré, atteint d'hydronéphrose suppurée avec kystes multiples; cette pièce provient d'une vieille femme morte dans le coma en trente-six heures.

M. Sevestre a observé plusieurs fois, tantôt d'une façon endémique, parfois même sous forme de petites épidémies, un ensemble de symptômes morbides se développant chez des enfants de un à deux ans, généralement dans de mauvaises conditions d'hygiène alimentaire. La maladie débute par une diarrhée intense, très fétide, renfermant des aliments mal digérés; il y a jusqu'à six ou dix selles par jour; pas de fièvre. Après quelques jours, la fièvre s'allume, la température monte jus-

qu'à 39 et 40° ; il survient une toux sèche fréquente avec dyspnée modérée (30 à 40 respirations). On trouve alors des râles sous crépitants et sibilants, aux bases, puis bientôt du souffle et des râles crépitants dans l'aisselle ; les signes sthéthoscopiques varient, d'ailleurs, facilement. La mort survient dans le collapsus, après que l'enfant a présenté des symptômes typhoïdes. Parfois on observe des bulles pemphigoïdes ou de l'érythème. Dans les cas favorables, tous ces symptômes sont très atténués et la guérison peut survenir en quelques jours.

A l'autopsie, il y a une arborisation très marquée du gros intestin et surtout une tuméfaction intense, parfois même des érosions superficielles des plaques de Peyer, surtout à la partie inférieure de l'intestin grêle ; les ganglions sont tuméfiés. Dans les poumons, lésions de broncho-pneumonie superficielle ; ganglions bronchiques altérés. Le foie est graisseux, les reins parfois dégénérés. La rate ne semble pas malade. Le traitement qui a le mieux réussi à M. Sevestre, c'est l'emploi du calomel à la dose de 10 à 15 centigrammes en deux ou trois fois.

M. Danlos rapporte l'histoire d'un homme de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital présentant tous les symptômes du rhumatisme articulaire subaigu. Le salicylate n'y fit rien. Puis apparurent des hémorrhagies multiples : purpura, épistaxis, hémoptysies. Les urines étaient albumineuses ; la température presque normale. Songeant à un pseudo-rhumatisme, M. Danlos fit ponctionner le genou et examiner le liquide par M. Straus, qui n'y trouva rien que quelques rares leucocythes ; de mêmes cultures et inoculations furent infructueuses. Le sang ne renfermait pas non plus de microbes. La veille de la mort, qui survint le dix-huitième jour, la température monta à 39° 5.

A l'autopsie, hémorrhagies multiples ; rate normale ; lésions ulcéreuses abondantes dans tout l'intestin grêle, énormes et presque confluentes vers le cœcum. M. Danlos croit qu'il s'agit là d'une fièvre typhoïde absolument anormale. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 janvier 1887. (Séance solennelle.)

Présidence de MM. Horteloup et Lannelongue.

M. le président Horteloup prononce une allocution applaudie. Il rappelle que l'année qui vient de s'écouler a vu s'affirmer le succès du *Congrès français de Chirurgie*. Si les membres de la Société n'en ont pas eux-mêmes eu la première idée, c'est un de ses membres correspondants qui l'a mise en avant. La Société a fait, d'ailleurs, tout ce qu'elle a pu pour le faire réussir. Il adresse des remerciements à M. Pozzi pour le zèle qu'il a apporté dans l'organisation de ce Congrès ; malgré ce Congrès, qui a eu lieu à la fin de l'année 1886, les séances de la Société ont été bien remplies et il a été impossible d'épuiser chaque fois l'ordre du jour. Il cite le nom des membres qui sont morts cette année et termine par ces deux remarques : inutilité d'augmenter, à l'heure qu'il est, le nombre de places des membres titulaires ; avantages qu'il y aurait à élever à l'honorariat des correspondants nationaux pour augmenter le nombre de ces correspondants.

M. le secrétaire annuel Delens fait un compte rendu succinct des travaux de l'année 1886.

M. le secrétaire général Chauvel lit une notice sur la vie et les travaux du professeur Bouisson, de Montpellier.

Prix décernés en 1886. — 1° *Prix Duval* : M. le Dr Poupinel pour sa thèse : *De la généralisation des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire.* — *Prix Laborie* : La Société ne décerne pas de prix. Elle accorde : 1° Un encouragement avec 300 francs, à M. le Dr Vincent, chirurgien de l'hôpital civil et professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, pour son travail : *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux.* — 2° Un encouragement, avec 300 francs, à M. le Dr Mabbou, médecin major de première classe à l'hôpital militaire de Lille, pour son mémoire : *Traitement des abcès du foie, par la méthode de Little.*

Prix a décerner en 1887. — 1° *Prix Duval*, pour la meilleure thèse chirurgicale ; montant 300 francs en livres. — 2° *Prix Laborie*, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie. Valeur 1.200 francs — 3° *Prix Gerdy* : Sujet mis au concours : *Des hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.* Valeur 2.000 francs. — 4° *Prix Demarquay* : Sujet mis au concours : *Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie.* Valeur 800 francs.

Les thèses et manuscrits pour les prix doivent être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1887. M. B.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. Zur Kenntniss der hemorrhagisch. Diathèse hereditar-syph. Neugeborener. (De l'hémophilie dans la syphilis héréditaire) par Fischl, *Archiv. für Kinderheilkunde*, vol. VIII, Heft 1.

II. Anvendung von Darmirrigationen bei Icterus catarrhalis (Du lavage de l'intestin dans l'ictère catarrhal) par Kraus. *Ibidem.*

III. Uber Keuchhustenhandlung (Traitement de la coqueluche), par Michæl. *Ibidem*, Heft II.

IV. Zur Symptomatologie der Néphritis (Symptomatologie de la néphrite) ; par J. de Bary, *Ibidem*, Heft II.

I. Fischl s'est surtout attaché à étudier l'état des petites artères dans les syphilis héréditaires accompagnées d'hémorrhagies. Jamais il n'a rencontré de lésions spéciales et l'aspect était le même que chez les syphilitiques n'ayant pas offert de manifestations hémophiliques et que chez les sujets sains. A ce propos, Fischl signale une particularité de la structure des artères chez les jeunes enfants, particularité qui peut facilement tromper dans les recherches de ce genre. La tunique adventice et la tunique musculaire offrent un développement remarquable qu'on peut facilement — si l'on n'en est prévenu — rattacher à un état pathologique.

II. Les recherches de Kraus ont porté sur dix-neuf cas d'ictère catarrhal, survenus chez des malades de constitutions fort diverses, âgés de trois à seize ans. Il employait pour ses irrigations l'eau fraîche à la température de 12° à 18°. Il recommande, au moins chez les jeunes enfants, de se servir surtout de l'eau entre 15° et 18°. Au-dessous de cette température, on observe assez souvent des coliques. La quantité employée pour l'irrigation variait d'un litre (minimum) à deux litres (maximum). Au bout de deux à trois irrigations, on observait presque toujours la disparition du malaise, du manque d'appétit et une diminution notable de l'ictère. Bien loin que la diarrhée constituât une contre-indication, ce fut dans les ictères qui en étaient accompagnés que l'on obtint les résultats les plus favorables.

III. Michael, considérant la coqueluche comme une névrose réflexe, dont le point de départ est dans l'irritation de la muqueuse nasale, a employé pour modifier cette muqueuse des insufflations de poudres diverses : sulfate de quinine, nitrate d'argent mélangé de neuf parties de magnésie, résine de benjoin. C'est cette dernière substance (une insufflation par jour dans chaque narine) qui lui a donné les meilleurs résultats. Fait remarquable, chez un quart environ des malades, la médication qui agit puissamment sur tous les autres ne produit aucun effet. Ces insuccès s'observent surtout chez ceux qui ont une violente inflammation de la pituitaire (éternuements fréquents, etc.) Dès les trois premières insufflations, on peut d'ailleurs prévoir le résultat final. Si l'on n'observe pas, soit une diminution notable du nombre des quintes (signe d'une coqueluche à évolution bénigne), soit au contraire une grande augmentation (signe que la maladie sera de courte durée), on peut être convaincu de l'inutilité du traitement.

IV. Chez quatre malades atteints de néphrite aiguë, de Bary observa comme phénomène initial l'œdème de la glotte. Les symptômes laryngés se dissipèrent d'ailleurs très rapidement. Les malades n'offraient nulle part d'autres œdèmes. L'examen de l'urine seul permettait d'affirmer

une lésion rénale et de rattacher l'œdème laryngé à sa véritable cause. Trois de ces néphrites étaient consécutives à une scarlatine. De Bary remarque que dans les trois cas l'éruption avait été très passagère et très peu marquée.

A. F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Exstrophie de la vessie : Traitement du Pr Trendelenburg.

Bonn, 15 décembre 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

L'exstrophie de la vessie ne se rencontre pas souvent dans les hôpitaux de Paris ; aussi n'ai-je pas été peu surpris d'en voir sept cas dans les cliniques chirurgicales de Bonn, Heidelberg et Strasbourg. Ce fait doit-il faire admettre que cette infirmité est plus fréquente en Allemagne qu'en France ; je ne le crois pas, et je serais plutôt porté à penser que si, dans les cliniques allemandes, on voit plus souvent que chez nous des sujets atteints d'exstrophie de la vessie, c'est parce qu'on en tente la guérison par des opérations qu'on ne fait pas en France, où on a recours plus volontiers à dos moyens problématiques.

A Strasbourg et à Heidelberg, on pratique pour la guérison de cette infirmité l'opération déjà ancienne de Thiersch qui donne en somme de bons résultats ; mais le professeur Trendelenburg, de Bonn, a imaginé, pour la cure de cette affection, une nouvelle opération très originale et dont les résultats sont parfaits sur les opérés que j'ai vus à sa clinique.

Au lieu de se procurer péniblement des lambeaux sur la paroi antérieure de l'abdomen, comme dans le procédé de Thiersch, Trendelenburg pratique deux incisions à la partie postérieure du bassin, au niveau des symphises sacro-iliaques. Les parties molles étant incisées jusqu'aux os, il sépare alors les iliaques du sacrum en pénétrant dans les symphises, et il pousse cette séparation jusqu'au point de rendre les os iliaques suffisamment mobiles pour qu'ils puissent être rapprochés par leur partie antérieure, jusqu'à permettre que les bords latéraux de la perte de substance puissent se toucher sur la ligne médiane. Ces bords sont alors avivés et suturés, et comme les parties ne sont soumises à aucune traction, on obtient facilement une réunion linéaire.

Pendant tout le temps nécessité par la guérison, les os iliaques sont maintenus dans leur position nouvelle par un appareil à pression continue des plus ingénieux et qui est très bien supporté par les opérés. Je n'ai pas besoin de dire quels soins et quels pansements minutieux il faut pour mener à bien la guérison de plaies qui peuvent être à chaque instant souillées par l'urine.

Au sujet de cette opération, je ne formulerai qu'une seule réserve, qui est la suivante : après avoir été ainsi largement ouvertes, les symphises sacro-iliaques pourront-elles récupérer une solidité suffisante pour permettre la station debout et la marche? La réponse à cette question vous sera donnée dès que les deux jeunes opérés du Professeur Trendelenburg seront suffisamment guéris pour pouvoir se lever.

Veuillez agréer, etc. Dr Ferret.

BIBLIOGRAPHIE

L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal ; par le Dr Gilles de la Tourette, avec une préface de M. le Pr Brouardel. In-8° de 534 p. Paris, 1887 ; Plon et Nourrit, édit.

Aujourd'hui que l'*hypnotisme*, avec toutes les questions qui s'y rattachent (inconscience, suggestion, etc.), a pris dans la médecine judiciaire une importance qu'il est impossible de nier, il fallait qu'une voix autorisée vint montrer aux magistrats, aux avocats et aux experts, ce qui, en pareille matière, est bien établi, ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. C'est ce qu'a cherché à réaliser M. Gilles de la Tourette, et nous pouvons dire qu'il a pleinement réussi. Grâce à son livre, il sera maintenant possible de connaître scientifiquement toutes ces manifestations bizarres de l'hypnotisme ou de l'hystérie, qui exigent si souvent l'intervention des tribunaux ; pratiquement, l'importance de la suggestion, si exagérée dans ces derniers temps par certains médecins, sera désormais réduite à sa juste valeur ; enfin, au point de vue social, les incursions faites par l'auteur dans le *monde des magnétiseurs* montreront qu'il existe là une véritable plaie, aussi attentatoire à la santé que nuisible à la bourse. Avant d'entrer de plain-pied dans la partie médico-légale du sujet, il était indispensable de décrire minuticusement les différentes phases de l'hypnotisme, les états analogues soit spontanés, soit provoqués ; en un mot, il fallait exposer l'histoire de toute la « symptomatologie magnétique. » C'est ce que fait M. G. de la Tourette dans les premiers chapitres de son ouvrage. Après avoir fait l'historique complet de la question, depuis les précurseurs de Mesmer jusqu'à M. Charcot, le créateur de l'hypnotisme scientifique, M. G. de la Tourette aborde l'étude générale des états hypnotiques francs, d'après l'enseignement de l'illustre professeur de la Salpêtrière, et signale les moyens de reconnaître toute simulation. Puis il passe aux états intermédiaires (léthargie lucide, état de charme, de fascination), et aux *suggestions* sous toutes leurs formes. Les états analogues sont ensuite passés en revue : somnambulisme naturel, somnambulisme pathologique, léthargie, catalepsie et somnambulisme hystériques, l'état second d'Azam, etc. Chemin faisant, l'auteur nous a développé, avec des documents et des observations à l'appui, les considérations médico-légales qui se rattachent à ces différents états. C'est ainsi que nous y voyons la relation fort intéressante d'un cas de viol en léthargie provoquée par la pression des zones hypnogènes (cas du Dr Pitres), celle d'attentats commis par des somnambules, et comme conséquence, une étude approfondie de la responsabilité et de l'état mental des hypnotisés.

Un chapitre du livre est consacré aux bienfaits de l'hypnotisme. Bien que cette partie ne rentrât pas directement dans le cadre de son travail, M. Gilles de la Tourette a pensé avec raison que, pour être impartial, il fallait, à côté des dangers, montrer les avantages que la thérapeutique pouvait retirer des pratiques hypnotiques. Nous estimons aussi qu'il a voulu réagir dans une certaine mesure contre cette tendance exagérée qu'ont certains thérapeutes à voir dans l'hypnotisme une méthode curative de presque toutes les maladies nerveuses sans lésion. Pour M. Gilles de la Tourette, l'hypnotisme doit être réservé pour les seuls cas d'hystérie confirmée, et, dans ces circonstances, on en retirera d'excellents effets pour combattre les accidents et les complications hystériques (attaques, contractures, paralysies, etc.). Quant au traitement de l'aliénation mentale par l'hypnotisme, celui-ci ne réussit que chez les seuls maniaques ou délirants hystériques. En dehors des états hystériques, il sera toujours dangereux de se livrer à des pratiques d'hypnotisme, car celles-ci constituent le meilleur agent provocateur ou révélateur de l'hystérie, chez les sujets prédisposés. Combien de malades ont été atteints de cette névrose, à la suite de la fréquentation des séances de magnétisme ! Toute la quatrième partie, une des plus importantes de l'ouvrage, est remplie par l'HYPNOTISME ET LA LOI. M. Gilles de la Tourette nous fait assister à ces cas si nombreux de viol, de rapt, de révélations et de confidences, pendant les états hypnotiques. Quant à la suggestion criminelle, dont un professeur à l'Ecole de droit de Nancy, M. Liégeois, a voulu faire une épée de Damoclès constamment suspendue sur la tête de la Société, M. G. de la Tourette la réduit à sa juste valeur, en montrant par le raisonnement et par les faits, qu'elle ne peut donner aucune sécurité à son auteur. Dans le chapitre douzième, l'auteur nous fait descendre avec lui dans les bas-fonds du magnétisme, d'où toute science est proscrite et remplacée par le charlatanisme le plus éhonté : nous avons nommé les cabinets de somnambules, les sociétés de magnétisme, les représentations théâtrales. Tout ce chapitre, essentiellement original, et rempli des prouesses malsaines de la tourbe des magnétiseurs, nous montre la nécessité d'appliquer dans notre pays des mesures coercitives, comme on vient de le faire récemment à l'étranger. Pour terminer, M. G. de la Tourette passe en revue les articles du Code pénal sous le coup desquels tombent les magnétiseurs, dont les actes constituent, dans l'espèce, des délits soit d'exercice illégal de la médecine, soit d'escroquerie. Il nous montre,

enfin, que si la justice est suffisamment armée contre l'exploitation de l'hypnotisme (à la condition, bien entendu, de ne pas laisser violer ouvertement la loi, à ce sujet, comme cela se pratique tous les jours), il serait toutefois nécessaire que l'on prît des dispositions additionnelles visant particulièrement le viol et les attentats à la pudeur commis dans l'hypnotisme et les états analogues, c'est-à-dire sur les *inconscients*.

Nous n'avons fait qu'esquisser, bien imparfaitement, le plan suivi par l'auteur. Quant à une analyse complète, il faut y renoncer : l'ouvrage tout entier, reposant sur un nombre considérable de faits et de documents, rempli d'observations et de matériaux, doit être lu d'un bout à l'autre, car les enseignements pratiques y abondent à chaque page. Du reste, ancien interne de MM. Charcot et Brouardel, l'auteur était mieux placé que personne pour mener à bonne fin une telle œuvre. Aussi, au point de vue médico-légal, ce livre marquera-t-il, — ainsi que le dit M. le Pr Brouardel dans la Préface, — une étape importante dans l'étude de l'hystérie et de celles de ses manifestations qui peuvent être soumises à l'appréciation de la justice.

F. BOTTEY.

VARIA

Statistique générale des personnes françaises et étrangères traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886.

Personnes mordues et traitées, 2682. Morts, 31. Mortalité, 1,15 0/0. 1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des observations vétérinaires (Tableaux A et B de la statistique). Personnes mordues, 2.164. Morts, 29. Mortalité, 1.34 0/0 ; 2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (Tableau C). Personnes mordues, 518. Morts, 2. Mortalité, 0.38 0/0.

Statistique des personnes Françaises et Algériennes traitées à l'Institut Pasteur jusqu'au 31 décembre 1886. — Personnes mordues et traitées, 1.929 (1). Morts, 18. Mortalité, 0.93 0/0. 1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (Tableaux A et B). Personnes mordues, 1 538. Morts, 16. Mortalité, 1.04 0/0 ; 2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (Tableau C). Personnes mordues, 391. Morts, 2. Mortalité, 0.51 0/0.

Statistique des morsures à la tête et au visage. — Personnes Françaises et Etrangères mordues et traitées, 214. Morts, 10. Mortalité, 4.66 0/0. 1° Personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement, ou par des observations vétérinaires (Tableau A et B). Personnes mordues, 186. Morts, 9. Mortalité, 4.83 0/0 ; 2° Personnes mordues par des animaux suspects de rage (Tableau C). Personnes mordues, 28. Morts, 1. Mortalité, 3.57 0/0. — *Comparaison des traitements simple et intensif.* Morsures à la tête ou au visage. Personnes mordues par des animaux reconnus enragés expérimentalement ou par des observations vétérinaires (Tableaux A et B). Personnes Françaises et Etrangères mordues et traitées 186. Traitement simple, 136. Morts, 10. Mortalité, 6.66 0/0. Traitement intensif, 50. Morts, 0. Mortalité, 0.

Statistique des personnes mordues par des loups enragés. — Personnes mordues, 48. Morts, 7. Mortalité, 14 0/0. Trois des personnes mortes ont été prises de rage pendant le traitement. Elles sont maintenues dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité.

Personnes mortes après avoir été traitées. Français : Pelletier, Videau, Lagut, Bouvier, Clédière, Peytel, Leduc, Magneron, Astier, Moulis, Moërmann, Clergeot, Jansen, Grand, Sodini, Léteng, Née, Gérard. — *Nota.* Pelletier et Moërmann sont venus se faire traiter plus de 35 jours après la morsure. Ils figurent dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité. Personnes traitées ayant succombé à des maladies diverses : Christin, méningite, Dr Genond, Duresset, affection pulmonaire, Dr Yot, Rouyer, urémie (rapport du Dr Brouardel et inoculation négative du bulbe). Réveillac, affection inconnue. Goriot, Paul, mort de rage le 16 janvier 1887, mordu à l'index droit, premiers jours de décembre (date non précisée), par un chat. Traitement du 22 décembre au 1er janvier, n'a pas subi le traitement intensif parce que la rage du chat n'était pas certifiée. A été pris de rage 14 jours après le traitement. N'est pas compté dans la statistique, figurera dans celle de 1887. — *Etrangers :* Ivanowa (russe), Gagou (roumain), Zotoff (russe), Miasnikoff (russe), Glutza (roumain), Leendet (hollandais), Nikiforoff (russe), Guardia Ribès (espagnol de Reus), Pita (espagnole), Requejo (espagnol), Berqui (italien), Collinge (anglais), Smith, dit Goffi (anglais). — *Nota.* Ivanowa a été prise de rage 6 jours après le traitement. Gagou a été pris de rage le jour qui a suivi la fin du traitement. Nikiforoff, venu un mois après la morsure. Requejo, venu 34 jours après la morsure, sont maintenus dans la statistique et comptent dans le pourcentage de la mortalité. Personne traitée ayant succombé à des maladies diverses : Wilde, Arthur ; affection pulmonaire, Dr Foote.

(1) L'écart entre ce nombre (1929) et le nombre 1956 donné par M. Grancher à la séance de l'Académie du 11 janvier 1887 s'explique par le retranchement du tableau définitif, des personnes dont le traitement n'a pas été achevé.

Académie Royale de médecine de Belgique : Prix à décerner.

Programme des concours. — 1886-1887. Etudier l'influence du système nerveux sur la secrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. *Prix : 800 fr. — Clôture du concours : 31 décembre* 1887.

De l'hygiène alimentaire dans la thérapeutique des maladies. *Prix :* 500 *fr. — Clôture du concours : 31 décembre* 1887.

1886-1888. Déterminer par de nouvelles expériences la composition chimique du seigle ergoté. *Prix : 600 fr. Clôture du concours :* 1er *février* 1888.

Etudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique. *Prix :* 500 *fr. — Clôture du concours : 31 décembre* 1888.

Prix fondé par un anonyme. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. *Prix:* 8.000 *fr. Clôture du concours : 31 décembre* 1888. — Des encouragements, de 300 à 1.000 fr., pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. — Une somme de 25.000 fr. pourra être donnée, en outre du prix de 8.000 fr , à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *franc de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Sont exclus des concours : 1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ; 2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ; 3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant. L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président, en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée. — Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois, l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail. — L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire, dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires tirés à part et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

Nota. Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent pas prendre part aux concours.

Association française pour l'avancement des sciences : conférences annuelles.

Les conférences de l'année 1887 auront lieu, comme précédemment, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, les samedis à 8 heures 1/2 du soir Elles commenceront le samedi 22 janvier. Nous donnons ci-dessous le détail de ces conférences. Un programme détaillé et complet sera remis en même temps que les cartes d'entrée. Samedi 22 janvier 1887 : M. ROCHARD, président de l'association, inspecteur général du service de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine : *La dépopulation de la France.* — Samedi 29 janvier : M. ALGLAVE, professeur à la Faculté de droit : *L'alcoolisme et les moyens de le combattre.* — Samedi 5 février : M. BROUARDEL, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine : *L'eau potable.* — Samedi 12 février : M. MOISSAN, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie : *Le fluor.* — Samedi 19 février : M. CHAUVEAU, membre de l'Institut, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, professeur au Muséum : *Le cœur et son mécanisme.* — Samedi 26 février : M JANSSEN, membre de l'Institut, directeur de l'Observatoire physique de

Meudon : *L'âge des étoiles.* — Samedi 5 mars : M. Dietz (H.) : *Les humanités modernes.*— Samedi 12 mars : M. Perrier (E.), professeur au Muséum d'histoire naturelle : *Les coralliaires et les Iles madréporiques.* — Samedi 19 mars : M. Dieulafoy, ingénieur en chef des ponts et chaussées : *Suse.* — Samedi 26 mars : M. Bureau, professeur, administrateur au Muséum d'histoire naturelle : *Les Orchidées.*— Samedi 2 avril : M. Dehérain, professeur au Muséum d'histoire naturelle : *La culture rémunératrice du blé* — Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat de l'Association, de 9 heures du matin à 5 heures du soir, à partir du 8 janvier. Les membres fondateurs et les membres perpétuels qui le demanderont pourront avoir des places numérotées ; mais on en disposera, si elles ne sont pas occupées, dix minutes avant l'ouverture de la séance.

Concours de l'internat des hôpitaux.

Dans la séance du 14 janvier 1887 de la Société médicale des hôpitaux, M. Gallard, président du concours de l'internat pour 1886, a appelé l'attention de la Société sur ce fait, à savoir que les candidats qui, même avant la fin du concours, se considèrent comme reçus, s'empressent de retenir leurs places pour leur quatre années d'internat. M. Gallard pense que cette façon d'agir, quoiqu'elle soit en usage depuis des années, n'est pas très recommandable. Ceux qui passent l'épreuve orale dans les premières séances sont ainsi plus favorisés que les autres. Il a prié ses collègues et tous les chefs de service de réfléchir à ces faits et les a engagés à ne donner leurs places d'internes qu'après la fin du concours. En tous cas, il a l'intention de soumettre cette question au conseil de famille de la Société.

Nous pensons, avec M. Féréol, qu'il sera difficile d'empêcher les chefs de service d'agir autrement qu'il ne font aujourd'hui, tellement la justice est difficile à rendre. Il y aurait bien d'autres remarques à faire au sujet de ce concours. M. Gallard en a fait une et on doit lui en savoir gré. Sa réclamation est si naturelle que nous ne pouvions la passer sous silence.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 24. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin.

Mardi 25. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Tarnier, Humbert ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Hallopeau.

Mercredi 26. — 2e *de Doctorat*, oral (1er partie) : MM. Guyon, Farabeuf, Rémy.

Jeudi 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes, — (2e partie) : MM. Cornil, Grancher, Troisier.

Vendredi 28. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Damaschino, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Fournier, Rendu.

Samedi 29. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Peter, Ball, Debove ; — 2e *Série* : MM. Proust, Dieulafoy, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 26. — M. Chaslin. Du rôle du rêve dans l'évolution du délire. — M. Buchin. De la Pelade : Nature. — Traitement. — Prophylaxie. — *Jeudi* 27. — M. Pinel-Maisonneuve. Indication de l'iridectomie. — M. Angelby. Contribution à l'étude de l'ascite chez le fœtus. — M. Guillot. Contribution à l'étude de l'étiologie de la pneumonie chez les jeunes recrues. — M. Pirodan. Rhumatisme. — Etude pathogénique. — *Samedi* 29. — M. Ménétrier. Grippe et pneumonie. — M. Pasque. Contribution à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne. — M. Favardin. De l'hygroma prérotulien et de son traitement par les injections de chlorure de calcium. — M. Paterne. Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie. (Etude sur les cas observés à l'Hotel-Dieu d'Orléans en 1886.)

Enseignement médical libre.

Conférence. — M. le Dr George, fera au Conservatoire national des Arts et Métiers, rue Saint-Martin, 292, une conférence sur : *la Lumière et la Vie*, — le dimanche 23 janvier à 2 h. 1/2 très précises. Projections par M. Moltoni.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 9 janvier 1887 au samedi 15 janvier 1887, les naissances ont été au nombre de 1247, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 473 ; illégitimes, 167. Total, 640. — *Sexe féminin* : légitimes, 437 ; illégitimes, 170. Total, 607

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 janvier 1887 au samedi 15 janvier 1887, les décès ont été au nombre de 1105, savoir : 564 hommes et 541 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 12. T. 24. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 22, F. 25. T. 47. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 27 F. 10, T. 37. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phthisie pulmonaire : M. 128, F. 73. T. 201. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 11. T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T. 7, — Tumeurs malignes : M. 15, F. 37. T. 52. — Méningite simple : M. 20, F. 11. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 36. T. 56. — Paralysie : M. 3, F. 8 T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 30. T. 55. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 26 T. 44. — Broncgite chronique : M. 22, F. 29. T. 51. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 13. T. 28. — Pneumonie M. 24, F. 40. T. 64. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 12. T. 23. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 13. T. 22. — Autres gastro-entérite : M. 00, F. 5. T. 5. — Fièvre et péritanite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17, F. 19, T. 36. —Sénilité : M. 16, F. 16. T 32. — Suicide : M. 15, F. 4. T. 19. — Autres morts violentes : M. 7, F. 5. T. 12. —Autres causes de mort : 112, F. 12. T. 194. — Causes restées inconnues : M. 3. F. 2. T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 111 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 24. Total : 60, — *Sexe féminin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 18. Total : 51.

Concours de l'internat des Hôpitaux. — Les questions posées aux épreuves orales du concours depuis notre dernier numéro ont été : *Veine cave inférieure et traitement de la pleurésie purulente ; articulation de la mâchoire inférieure et luxation de la mâchoire ; nerf moteur oculaire commun et sa pathologie.* Le concours est terminé depuis vendredi matin.

Concours pour une place de pharmacien dans les Hôpitaux de Paris. — Ce concours aura lieu le lundi 14 février, à une heure, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique, 47, quai de la Tournelle. Se faire inscrire du 17 au 31 janvier, au secrétariat général de l'Assistance publique.

Faculté des sciences de Paris. — Le 22 janvier 1887, M. L. Godard a soutenu en Sorbonne pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques une thèse intitulée : *Sur la diffusion de la chaleur* et M. Roux, le 8 janvier, une thèse qui a pour titre : *Application de la méthode au chlorure d'aluminium à la série de la Napthaline.* — Le samedi, 15 janvier, M. P. Didier, a soutenu à la Sorbone, pour obtenir le grade de docteur ès science physiques une thèse intitulée : *Recherches sur quelques combinaisons du cérium.*

Faculté de médecine de Paris. — M. le Pr Dieulafoy, commencera son cours de pathologie interne, le mardi 25 janvier 1887, à 3 heures (Grand-Amphithéâtre), et le continuera les jeudis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera cette année des *maladies des reins.*

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé, du 1er janvier au 31 octobre 1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Cavalier, professeur de clinique des maladies mentales à ladite Faculté. — M. Mairet, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1887 d'un cours de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Haushalter (F.), docteur en médecine, est nommé, pour trois ans, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Parisot, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Knapfler (L.), docteur en médecine, est nommé, pour trois ans, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Aubry, démissionnaire. — M. Laine (E.), est nommé aide de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Griffe, démissionnaire.

Universités étrangères. — *Faculté de Gratz.* M. le Dr I. Schnabel (d'Irmshnik), vient d'être nommé professeur d'ophthalmologie. — *Faculté de Kiew* : M. le Dr Tschirkon, privat-

docent à l'université de Moscou, est nommé professeur ordinaire de thérapeutique à l'Université de Kiew.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — M. Bouvier (L.), agrégé des sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences naturelles).

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Hervouet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à ladite Ecole, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole, en remplacement de M. Lapeyre, décédé. — M. Ollive, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Meunier, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Asile public d'aliénés de Saint-Robert (*Isère*). — Une place d'interne est vacante à l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). On exige 12 inscriptions au moins de doctorat, moins de 40 ans d'age et un certificat de bonne vie et mœurs. Les internes sont nommés, d'abord pour trois mois, et pour trois années ensuite. Ils peuvent être prorogés et passer leur thèse sans renoncer à leurs fonctions. Le traitement de début est de 700 fr. avec nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage, et augmentation de cent francs par an, selon les services rendus. Adresser avec les pièces ci-dessus de bonnes références et l'emploi du temps depuis l'âge de 20 ans. La nomination définitive n'aura lieu que sur production du casier judiciaire, après le stage de 3 mois. Il y a 2 internes à Saint-Robert.

Association française pour l'avancement des Sciences. — *Bourses de session* : Les bourses de session du Congrès de Nancy ont été attribuées par le Conseil d'administration comme il suit : M. A. Riche, du laboratoire du muséum de Lyon ; M. Canu du laboratoire de Wimereux ; M. Marc. Baudouin, interne des hôpitaux de Paris. — *Congrès de Toulouse* en 1887 : On s'occupe de constituer le comité local. La session de 1887 à Toulouse s'ouvrira le 22 septembre. — *Congrès d'Oran en* 1888 : Le Congrès de 1888, qui aura lieu à Oran, sera tenu pendant les vacances de Paques.

Banquet en l'honneur de la nomination de M. le professeur Farabeuf. — Les élèves et les amis de M. Farabeuf lui offrent un banquet à l'occasion de sa nomination à la chaire d'anatomie, le vendredi 28 janvier, à sept heures du soir, à l'hôtel Continental ; ne pouvant connaître tous ceux qui désirent y assister, le comité d'organisation les prie d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible à M. le Dr Paul Poirier, 5, rue Monge. — Le prix de la cotisation est de 20 fr.

Création d'un laboratoire de bactériologie.—On annonce que la ville de Barcelone va fonder un laboratoire de bactériologie dont la direction sera confiée à M. le Dr Ferran.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 14 février 1887, à une heure précise, dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration depuis le lundi 17 janvier jusqu'au lundi 31 janvier inclusivement, de 11 heures à 3 heures. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes au 1er juillet* 1887, *dans les hôpitaux et hospices de Paris.* — Le lundi 14 mars 1887, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 1er février 1887, et fermé le lundi 28 février 1887, à trois heures.

Hospice de Bicêtre. — A partir du 1er février prochain, le service de M. Bourneville qui comprend actuellement 475 malades : épileptiques adultes, épileptiques enfants, idiots, paralytiques, hystériques, etc., sera dédoublé conformément à la demande du chef de service et en dépit de l'opposition faite par M. Moutard-Martin au conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Bourneville prendra la 4e section consacrée aux Enfants, et M. le Dr Ch. Féré prendra le service des épileptiques adultes. — M. le Dr J. Séglas, médecin suppléant de Bicêtre, remplacera M. Féré à la Salpêtrière. — Il y a donc une place vacante de médecin suppléant à Bicêtre. Avis aux Candidats.

Conseils aux étudiants..... a Berlin. — La Faculté de médecine de Berlin a fait distribuer à ses étudiants un plan rédigé par elle. Elle indique aux futurs médecins quelle voie ils doivent prendre pour devenir des spécialistes ; mais, en même temps, elle leur recommande avec insistance de ne pas s'enfermer dans les études de médecine et de suivre les cours de météorologie, de minéralogie, de géologie, d'anthropologie, de psychologie et de logique. Il va sans dire que ce plan n'est nullement obligatoire ; la Faculté de médecine ne se croit pas le droit de dicter aux étudiants leur conduite, elle se borne à leur donner de bons conseils (*Lyon médical*, 16 janvier 1887).

Nouveaux journaux de médecine. — On annonce la création d'un nouveau journal de médecine, e *Therapeutisch Monatsheftte.* qui sera rédigé par MM. les Drs Langgaard et Rabow et dirigé par M. le Dr Liebreich. Il paraîtra une fois par mois. On annonce aussi l'apparition d'un autre journal : *Journal of Laryngology and Rhinology.* qui paraîtra à Londres sous peu. Il sera dirigé par MM. Von Morel Mackenzie et R. Norris Wolfenden.

Société médico-pratique. — Prix : Le deuxième lundi de janvier 1888, la *Société médico-pratique* décernera un prix de 1.000 fr. à l'auteur du meilleur travail de médecine, chirurgie ou obstétrique qui lui aura été adressé. Pour être admis au concours, les mémoires doivent être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté portant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe placée en tête du mémoire, et être adressés avant le 1er novembre 1887 au secrétaire général, le Dr Cyr, 21, rue Cambacérès.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Bureau pour 1887 : Président, M. Gallard; vice-présidents : MM. Gueniot, Polaillon ; secrétaire général, A. Charpentier ; secrétaire des séances, M. Labusquière ; secrétaire adjoint, M. Olivier : trésorier archiviste, M. Dumontpallier.

Société zoologique de France. — *Bureau pour* 1887 : Président : M. A. Certes ; vice-présidents : MM. le Dr J. Jullien, G. Cotteau. — Secrétaire général : M. le Dr R. Blanchard. — Secrétaires : Mlle F. Bignon, MM. J. Gazagnaire, le Dr L. Manouvrier. — Trésorier : M. Héron-Royer. — Archiviste : M. P. Pierson. *Conseils* : MM. J. de Guerne, le Dr Hyades, J. Kunckel d'Herculais, le Dr E. Oustalet, C. Schlumberger.

Nécrologie. — M. le Dr Sarrazin, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, et directeur de l'hôpital militaire de Bourges, mort à Paris. Il a écrit plusieurs articles dans le *Dict. Jaccoud.* — Le Dr De Santiago Gonzalez Encinas, professeur à la Faculté de médecine de Madrid, est mort le 4 janvier 1887. — M. le Dr Fleischmann (de Diessen, Bayern). — M. le Dr Simon Thomas, professeur d'accouchements à Leyde, mort à 65 ans. — M. le Dr Nonat, Auguste, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de 82 ans, le 18 janvier 1887. Il était membre de plusieurs Sociétés savantes. Son principal ouvrage : *Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes*, Paris, 1868, 1869, 1874, a été revu par le Dr Linas. On lui doit encore : *Traité des dyspepsics*, Paris, 1862 ; — *Traité pratique et théorique de la chlorose avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants*, Paris, 1864. — La *Semaine médicale* annonce le décès de M. le Dr Ebenezer Watson, professeur de physiologie à Anderson, collège de Glasgow ; — M. le Dr Halla (J.), professeur de pathologie interne à la Faculté allemande de médecine de Prague ; — M. le Dr Ranque, professeur de chirurgie à l'Université de Groningue ; — M. le Dr Suringar, ancien professeur à l'Athénée d'Amsterdam. — M. le Dr Crézonnet.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. Charcot, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. Falret. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

Hôtel-Dieu. — *Clinique gynécologique* : M. Gallard, Mardi et samedi à 9 heures du matin. Jeudi, examen au spéculum.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(Collection Bourneville).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV-99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75 — Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville ; — Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (no 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (no 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique vélin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50 ; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584). Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs Legué et G. de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier velin, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr. — Papier Japon prix : 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 5. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 JANVIER 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — M. le professeur **GUYON**.

Du diagnostic des néoplasmes vésicaux ; intervention précoce et cure radicale de ces tumeurs.

Leçon recueillie par M. CLADO, interne du service des urinaires (1).

Messieurs,

Nous avons actuellement dans la salle Saint-Vincent trois malades, opérés depuis peu de temps, de néoplasmes vésicaux. Comme vous avez pu le voir pendant la visite, deux de ces malades sont guéris de leur opération et le troisième est en voie de cicatrisation. Ces trois malades offrent un intérêt tout particulier ; malgré mon désir, je dois me borner aujourd'hui à vous parler du n° 8, parce que ce cas, en raison des difficultés qu'a offert le diagnostic, et du procédé opératoire que j'ai choisi pour l'extirpation de sa tumeur, me fournit l'occasion de revenir sur deux questions de premier ordre, le *diagnostic des néoplasmes vésicaux* d'une part, l'*intervention précoce* et la *cure radicale de ces tumeurs*, d'autre part, alors même qu'elles sont de mauvaise nature.

1. Le malade dont il s'agit est un homme dont l'âge n'est pas très avancé (55 ans), sans antécédents héréditaires. A son entrée, le malade nous a raconté qu'il urinait du sang depuis quatre mois. La première hématurie survenue sans cause appréciable s'éternisa. Depuis son apparition jusqu'au moment de l'opération, il a eu à peine deux jours de répit pendant lesquels l'hématurie cessa presque entièrement. Ce malade fut soumis à notre observation jusqu'au 10 novembre, et nous avons pu constater pendant tout le temps qu'il est resté dans notre service qu'il n'a jamais eu de grandes hématuries, mais que les urines restaient teintées plus ou moins en rouge d'une façon persistante. En d'autres termes, ce malade a eu une seule hématurie qui dura cinq mois environ. Malgré ce grand symptôme, les envies d'uriner n'étaient pas très fréquentes : dans les vingt-quatre heures, à peine était-il obligé d'accomplir l'acte de la miction huit ou dix fois. Il a toujours uriné avec facilité et sans aucune douleur, à peine accusait-il un peu de chatouillement le long du canal de l'urèthre. Le symptôme hématurie avait, à mon sens, une grande signification et d'autant plus importante qu'il se présentait isolé. Le repos auquel le malade a été soumis, le traitement que j'avais prescrit, les conditions hygiéniques observées, n'apportèrent aucune modification à son état. L'hématurie persistait avec les mêmes caractères qu'elle offrait lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Eh bien, messieurs, toutes les fois que vous voyez un malade uriner du sang sans que les influences extérieures puissent apporter une modification à l'hématurie vous devez accepter le diagnostic de néoplasme des voies urinaires.

Il s'agit maintenant de localiser ce néoplasme et de déterminer quel est celui des deux organes qui en est le siège, le rein ou la vessie. Chez ce malade nous avons d'abord interrogé les fonctions physiologiques. Toutes les fois que le rein est le siège d'une lésion qui provoque des hématuries, les malades se plaignent de sensations qui rappellent plus ou moins exactement la colique néphrétique. Ces sensations (chatouillements, douleurs légères ou violentes le long des uretères), précèdent souvent l'apparition de l'hématurie. Lorsque celle-ci apparaît, dans les urines vous pouvez trouver des caillots lombricoïdes qui ont pris naissance dans la cavité de l'uretère et en représentent en quelque sorte le moule. Chez notre malade, nous n'avons rien eu d'analogue. J'ai ensuite procédé à l'examen des bourses pour m'assurer qu'il n'y avait pas de varicocèle ni d'un côté, ni de l'autre. J'ai établi, en effet, depuis longtemps, à l'aide d'un certain nombre d'observations, que dans la *nephromégalie* la gêne circulatoire exercée par le développement du néoplasme amenait souvent un varicocèle, et ceci en dehors de l'âge où l'on rencontre cette maladie.

L'exploration physique du rein nous a fourni également des résultats négatifs. Ce n'est pas la douleur que j'ai cherché chez notre malade, puisque les néoplasmes du rein sont ordinairement indolents, c'est surtout l'augmentation de son volume : Ici, messieurs, permettez-moi d'ouvrir une parenthèse pour vous montrer comment on doit rechercher ce symptôme, qui, dans certains cas, peut vous amener à saisir le développement du rein tout à fait au début et à décider une opération précoce dans le cas de dégénérescence maligne du rein. Lorsque le rein est très volumineux, une main placée dans le sillon costo-iliaque, sous le flanc, et l'autre en face, sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen peuvent permettre de saisir l'organe et de se rendre compte de cette augmentation de volume ; mais lorsque la néphromégalie n'est qu'à sa première étape, le rein peut parfaitement ne pas être aperçu. Vainement vous le chercherez par le procédé que je viens d'indiquer. J'ai montré que tout rein qui augmente de volume se mobilise. C'est précisément cette mobilité que j'utilise pour rechercher le symptôme, auquel j'ai donné le nom de *ballottement rénal*. Avec deux doigts placés dans le sillon costo-iliaque on essaye par de petites secousses d'envoyer le rein au contact de l'autre la main appliquée délicatement sur la paroi abdominale antéro-latérale dans la région qui correspond au rein. Il est inutile d'ajouter que la main antérieure sera placée plus haut du côté gauche que du côté droit, en raison de la situation du rein de ce côté. La répétition successive de cette manœuvre servira par une série de contacts à vous montrer non seulement l'augmentation du volume de l'organe, mais encore sa forme, les inégalités de la surface et jusqu'à un certain point sa consistance. Maintes fois, messieurs, là où le premier mode d'exploration a échoué, la dernière méthode m'a révélé la néphromégalie, qui a été constatée souvent à l'autopsie.

Ces trois symptômes faisant défaut, nous avons procédé à l'exploration de la vessie. L'examen physique de cet organe doit vous renseigner : 1° sur l'état de la

(1) Leçon clinique du 24 novembre 1884.

paroi vésicale (consistance, dureté, bosselures, douleurs, 2° sur l'augmentation de volume de ce réservoir. Nous avons commencé par évacuer la vessie, parce que, bien qu'à la rigueur vous puissiez résoudre quelques-unes de ces questions, la vessie étant pleine, le symptôme le plus important peut-être vous échappera, je veux parler de l'augmentation de son volume. L'évacuation préalable de l'urine avec une sonde molle est la condition indispensable d'un examen méthodique. Après avoir vidé la vessie, le doigt introduit dans le rectum et la main déprimant fortement la paroi abdominale, nous firent sentir qu'il n'y avait ni douleur, ni irrégularités, ni augmentation de la consistance. Nous avons simplement trouvé un peu d'épaississement dans le segment latéral droit. Cette constatation isolée aurait eu peu de signification; ajoutée à ce que l'examen d'ensemble nous avait déjà appris, elle nous amenait à penser qu'une tumeur de petit volume était implantée sur le côté droit de la vessie. Il ne nous restait plus à faire que l'exploration de la cavité vésicale. Celle-ci se fait, comme vous savez, par le cathétérisme. Depuis longtemps, j'ai dit, messieurs, et je le répète encore aujourd'hui, que la sonde molle fournit beaucoup plus de renseignements que la sonde métallique, tout en étant inoffensive pour le malade. Lorsque vous sondez un malade atteint d'hématurie, souvent il peut arriver que les dernières portions d'urine écoulées par le cathéter sont plus fortement teintées que les premières, parce que les parties solides et colorées du sang se déposent au fond du réservoir. Ce n'est donc pas une coloration plus intense qu'il faut chercher à obtenir, mais du sang rutilant. On peut rester dans le doute lorsque l'on se contente d'évacuer simplement le contenu de la vessie. Aussi faut-il employer un artifice particulier qui permette d'échapper à toute incertitude. Voici comment j'ai procédé chez notre malade pour arriver à cette constatation. Après avoir vidé la vessie et lavé à deux reprises à l'eau boriquée sa cavité, m'être assuré qu'elle restait limpide, je laissai la vessie se vider complètement, et j'aidai par de douces pressions cette évacuation, je ne tardai pas à constater que les dernières parties du liquide injecté prenaient une teinte franchement rosée. J'avais dès lors la certitude que c'était bien la paroi vésicale qui saignait. L'emploi du cathéter métallique à petite courbure allait clore la série de mes explorations. Cette dernière recherche fut absolument négative. Vous me l'avez vu renouveler sous le chloroforme au moment d'opérer sans obtenir la moindre révélation, j'aurais eu l'air d'agir sans y être autorisé par le diagnostic, si depuis longtemps je ne savais que les négations de l'exploration métallique ne doivent pas être tenues en considération. Dans les cas de néoplasmes, cette exploration ne peut servir d'arbitre au diagnostic. Quelquefois elle fournira des renseignements utilisables, beaucoup plus souvent elle ne vous apprendra rien. Jamais elle ne peut amoindrir l'importance des résultats obtenus par l'ensemble des recherches cliniques et, dans le cas actuel, l'opération devait démontrer qu'un néoplasme de petit volume était en effet implanté sur le côté droit de la vessie. Avant de vous montrer les particularités que cette tumeur nous a offertes à l'ouverture de la vessie, je dois ajouter que l'examen microscopique des urines plusieurs fois répété n'a montré ni cellules, ni fragments de tumeur, ce qui est parfaitement en rapport avec l'âge de ce néoplasme, ainsi que vous le verrez dans un instant.

Prenant en considération la localisation des néoplasmes vésicaux, j'ai l'habitude de dire que la vessie est une sorte de boîte ovale, dont le couvercle, représenté par le sommet et une partie des parois latérales, antérieure et postérieure, est ordinairement indemne, alors que le fond de la boîte est presque toujours le siège des tumeurs vésicales. Chez notre malade la néoplasie siégeait au niveau de la réunion du couvercle et du fond sur la partie latérale droite, en d'autres termes elle occupait la paroi latérale droite, près du bas-fond. C'est un siège exceptionnel. Cette tumeur arrondie un peu végétante en chou-fleur, ayant une base large offrait à peu près le volume de la phalangette du pouce entourée de ses parties molles. Sa surface était friable et il a fallu beaucoup de ménagements pour l'enlever sans trop la morceler (car, messieurs, dans ces sortes d'opérations, il faut aussi sauvegarder les droits de l'anatomie pathologique). Inutile de vous dire qu'il m'a été impossible de me servir de l'anse galvanique pour extraire la tumeur dans sa totalité. Le volume de la tumeur et sa consistance particulière me firent penser immédiatement que j'étais en présence d'un épithélioma, ce qui fut confirmé par l'examen histologique ultérieur. Après avoir enlevé la partie saillante du néoplasme, j'explorai la vessie à l'aide du doigt, et alors que la partie saillante de la tumeur étant encore en place, cette recherche ne me donnait que des renseignements vagues, au contraire après ablation, j'ai pu constater nettement que le néoplasme infiltrait la paroi vésicale sur une étendue périphérique d'environ 1 centimètre.

II. Jusqu'ici, messieurs, je ne vous ai parlé que du diagnostic de ce néoplasme, maintenant permettez-moi d'aborder la deuxième question c'est-à-dire l'opération elle-même. Ce qui me reste à vous dire servira à nous fournir des renseignements sur la conduite à tenir au point de vue de l'*opération hâtive*, *précoce* et de la *cure radicale* des néoplasmes de la vessie. Lorsque vous voulez connaître l'âge d'une personne, c'est à l'état civil que vous devez vous adresser. Pour connaître l'âge d'une tumeur de la vessie, la déclaration de sa naissance est le premier symptôme qu'accuse le malade. Pour nous, cliniciens, une tumeur vésicale ne commence à exister qu'à partir du moment où elle a commencé à amener des perturbations dans les fonctions physiologiques de l'organe. Or voici une tumeur dont l'âge clinique est de 5 mois, que trouvons-nous à l'opération ? une infiltration déjà assez avancée, malgré la jeunesse de la tumeur. Tout démontre, en effet, que dans les néoplasies malignes de la vessie l'infiltration se fait de bonne heure. Vous savez que les épithéliomas naissent au dépens de l'épithélium vésical, bientôt des masses cellulaires affectant des formes différentes suivant les cas, s'avancent dans la profondeur des parois vésicales et les infiltrent. L'anatomie pathologique démontre que les petites tumeurs, du volume d'un pois ou d'un haricot, seules ne dépassent pas la couche profonde de la muqueuse.

Cette tumeur dont le volume dépasse ces limites avait déjà infiltré les couches profondes comme il est aisé de le constater, ainsi que je vous le disais plus haut, en explorant la région avec le doigt après ablation de la partie saillante du néoplasme, mais encore faut-il distinguer cette *infiltration apparente*, qui n'est en somme que le néoplasme lui-même, ayant remplacé les parois dégénérées, faut-il, dis-je, distinguer cette infiltration, de l'*infiltration larvée*, qui à la façon d'une auréole entoure le néoplasme. Elle se développe au mi-

lieu de parois qui, soumises aux moyens d'exploration que nous possédons, paraissent saines.

L'infiltration larvée existe-t-elle chez notre malade ? j'ai tout lieu de le craindre. L'avenir seul nous dira si mon appréhension est fondée, je la base non pas sur une constatation chirurgicale impossible, mais sur les renseignements généraux de l'anatomie pathologique.

En présence de cette infiltration je me suis décidé à faire la résection de la vessie, afin d'enlever tout au moins la partie apparente de l'infiltration. Voici de quelle façon je procédai : Saisissant la partie épaissie de la paroi avec une pince à griffes et l'attirant en haut, je disséquai en dédolant à sa périphérie et au-dessous, de telle sorte qu'après ablation complète la plaie offrait l'aspect d'une cuvette, dont la partie évasée était formée par la muqueuse réséquée sur une plus grande étendue que le reste des parois vésicales qui en formaient le fond. J'attire votre attention sur la forme que j'ai cru devoir donner à la plaie à cause de son importance au point de vue de la suture, dont je vais vous parler dans un instant. J'ai à peine besoin de vous dire que je me suis attaché à largement dépasser les limites de la lésion.

Ici, messieurs, je dois m'arrêter à un fait anatomo-pathologique d'une véritable importance opératoire dû aux recherches que j'ai fait entreprendre dans mon service par M. Clado, mon interne. M. Clado a trouvé que les néoplasmes vésicaux à une certaine période de leur développement présentaient à leur partie profonde une couche graisseuse de nouvelle formation, sorte de néoplasie différente par sa nature de celle de la tumeur maligne et étalée là à la façon d'une muraille isolante. Lorsque l'extension du néoplasme se fait de ce côté, ses racines s'avancent au milieu de ce tissu graisseux. Chez notre malade, il m'a été donné de démontrer l'importance de cette couche graisseuse. A peine, en effet, avais-je dépassé les limites du néoplasme que je rencontrai cette couche isolante et, me guidant sur elle, j'ai pu enlever tout ce qui, à l'œil, me paraissait infiltrer les parois de la vessie. J'ai donc fait une résection du dedans au dehors. Mais pourquoi l'ai-je tentée, et pourquoi ai-je pu la faire ? Quelles sont, en d'autres termes, les conditions anatomiques qui permettent à l'opérateur de faire une résection ?

Un néoplasme malin de la vessie ne se comporte pas comme dans d'autres régions de l'économie. Ici, pas de lymphatiques, partant pas d'infection ganglionnaire, à moins de propagation extravésicales qui d'ailleurs sont fort rares.

Ce qui constitue le danger d'une opération sur la vessie c'est le trouble qu'elle apporte dans son fonctionnement. D'habitude, comme je vous le disais en commençant, les néoplasmes de la vessie siègent au niveau du fond de l'organe ; si donc vous tendez une résection de ce côté, vous êtes à peu près sûrs de léser l'uretère. Si j'ai pu faire chez notre malade la résection, c'est parce que la tumeur siégeait en dehors de la sphère urétérique près du couvercle de la boîte urinaire ; sans doute la résection serait anatomiquement possible même dans cette région. Mais physiologiquement elle ne saurait être acceptée, puisqu'elle compromettrait l'indispensable fonctionnement du conduit excréteur des reins.

Dans les deux cas de résection de la vessie que nous connaissions, la tumeur siégeait également sur le couvercle. Dans le premier, celui de Sonnenbourg de Berlin, elle le dépassait même et s'avançait jusqu'à la paroi postérieure. Le chirurgien de Berlin a été obligé de réséquer les 2/3 de l'organe et d'ouvrir le péritoine. Cependant tout démontre que, malgré l'étendue de cette ablation, la lésion ne s'étendait pas jusqu'aux uretères, qui évidemment sont demeurés intacts. Dans l'autre cas, appartenant à Antal de Buda-Pesth, le péritoine n'a pas été ouvert parce que le néoplasme siégeait sur la face pubienne de la vessie. Ces deux chirurgiens firent la résection du dehors au dedans, contrairement à la mienne qui a été faite du dedans au dehors. Je me crois autorisé à dire que c'est du dedans au dehors que doit être faite la résection de la vessie, ce qui permet la dissection régulière, et complète du néoplasme, sans s'exposer au décollement de la vessie et sans l'ouvrir, pour ainsi dire, puisque la couche graisseuse limitante décrite par M. Clado supplée en quelque sorte la paroi enlevée. L'été dernier, j'avais tenté une résection, chez un malade, en procédant comme les auteurs précédents. Il m'a été impossible d'arriver jusqu'aux limites du mal, malgré le décollement d'une partie de la paroi vésicale. J'ai perdu mon malade de péritonite et c'est la première fois qu'à la suite d'une taille sus-pubienne il m'est arrivé de voir un opéré de mon service mourir de péritonite. Dans la résection du dedans au dehors vous n'avez pas à vous préoccuper ni du décollement ni du péritoine. Si vous rencontrez la couche graisseuse isolante, guidez-vous sur elle. Sûrement vous extirperez la totalité de l'infiltration apparente et forcément vous ferez des incisions obliques. Votre plaie aura, comme je vous l'ai déjà dit, la forme d'une cuvette et sera très favorablement disposée pour la bonne réussite d'une suture réparatrice. L'obliquité des lèvres de la plaie vous permettra d'affronter des surfaces cruentées offrant une largeur assez grande.

Si maintenant ce néoplasme siégeait au niveau du bas-fond ou du trigone, comme chez le malade couché au n° 12, pour tenter une résection il faudrait réséquer le fond de la boîte urinaire et suturer ensuite l'uretère à la paroi abdominale, comme l'ont fait Sonnenbourg et Von Iterson, mais non plus pour des néoplasmes vésicaux, mais pour des extorphies vésicales — Mais là les conditions physiologiques et anatomiques sont toutes différentes et nullement comparables à celles d'une vessie normalement développée et atteinte de néoplasme malin, aussi ne me suis-je pas cru autorisé à le faire ; jusqu'à présent je me contente dans ces cas d'abraser le plus complètement possible, la partie saillante et de détruire par le grattage et la cautérisation le point d'implantation.

En somme, messieurs, vous voyez que ce n'est pas l'âge de la tumeur qui m'a déterminé à tenter une cure radicale et à intervenir d'une façon précoce. Le siège anatomique m'en a permis l'extirpation totale ; l'hématurie menaçante m'a dicté d'intervenir rapidement. J'aurais fait de même si une complication sérieuse venait compromettre l'existence du malade.

Mon devoir aurait été d'attendre si le malade avait supporté facilement sa tumeur et si celle-ci n'avait pas provoqué d'accidents sérieux.

Je le répète, encore une fois, l'infiltration de la paroi vésicale se faisant de bonne heure, vous vous trouvez en présence de lésions à peu près analogues, au point de vue de la cure radicale, en opérant hâtivement ou tardivement et vous avez d'autant plus à tenir compte de ces conditions que, dans la très grande majorité des cas, le siège anatomique de l'implantation s'oppose à la résection qui n'est possible que lorsque l'on s'attaque aux parties supérieures ou latérales de la vessie et non à son bas-fond.

J'ai rapproché la plaie à l'aide de six points de suture au catgut que j'ai pu abandonner dans la vessie et les très heureuses suites de l'opération prouvent qu'il nous est permis d'agir hardiment toutes les fois que les uretères pourront ne pas être atteints.

En résumé, le fait dont je viens de vous entretenir prouve qu'un diagnostic exact est possible même dans les premières phases de l'évolution d'un néoplasme vésical, que vous êtes pleinement autorisés à l'attaquer par l'opération, mais qu'alors même que l'étude de la marche des symptômes vous fait espérer que la tumeur est récente vous ne sauriez, même après résection, vous laisser aller à l'espoir d'une guérison définitive si la tumeur est de mauvaise nature et que néanmoins l'ablation large du point d'implantation c'est-à-dire de la paroi vésicale doit être faite, si le néoplasme est implanté, ce qui est malheureusement fort rare, en dehors de la région de uretères. Enfin, je vous demande la permission, d'insister encore, en terminant, sur le manuel opératoire de la résection de la vessie qu'il me paraît avantageux de pratiquer du dedans au dehors sans décollement préalable de ses parois.

CLINIQUE NERVEUSE

De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique ;

Par E. BRISSAUD et P. MARIE.

On sait que, d'après Todd, d'après l'enseignement de M. le professeur Charcot, un des principaux caractères distinctifs de l'hémiplégie hystérique serait l'*absence de paralysie de la face.* — Cette affirmation a trouvé pleine créance, et la plupart des traités de pathologie nerveuse considèrent ce fait comme une véritable loi.

D'autre part, un certain nombre d'auteurs, dans des travaux spéciaux sur l'hémiplégie hystérique, ont avancé que l'hémiplégie faciale pouvait s'observer dans le cours de celle-ci, quelques-uns même l'y ont considérée comme fréquente. Parmi ces auteurs, on peut citer Lebreton (1), Seeligmüller (2), Buzzard (3), Kalkoff (4), Hélot (5), ce dernier va jusqu'à prétendre que la paralysie faciale existait dans trois des quatre cas qu'il a rapportés.

Il est un fait certain, c'est que, dans l'hémiplégie hystérique, on peut observer une *déviation*, quelquefois très intense de la *face* et de la *langue*. La loi de Todd est-elle donc inexacte ? — C'est ce que nous nous proposons de rechercher dans le cours de ce travail.

Notre maître, M. Charcot, a bien voulu étudier lui-même les deux malades dont il sera question plus loin et les montrer à son cours, il nous a aidé de ses conseils, nous l'en remercions vivement.

Avant toutes choses, nous croyons qu'il ne sera pas superflu d'envisager la question suivante : étant donné un malade atteint d'hémiplégie des membres et de la face, sur quels éléments de diagnostic pourra-t-on s'appuyer pour dire si cette hémiplégie est de nature organique ou hystérique ?

(1) Lebreton. *Différentes variétés de la paralysie hystérique.* Thèse de Paris, 1868.
(2) Seeligmüller. *Deutsche med. Wochschft,* 1884, n° 42.
(3) Th. Buzzard. *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux,* 1882.
(4) Kalkoff. *Beiträge zur differential Diagnose der hysterischen und der kapsulären Hemianæsthesie. Inaug. Dissert.* Halle, 1884.
(5) Hélot. *Etude sur quelques cas d'hémiplégie hystérique.* Thèse de Paris, 1870.

Début apoplectique. — Le début de la paralysie serait pour quelques auteurs plus lent dans l'hystérie, tandis que pour les affections organiques il est souvent apoplectique. — Mais, dans ces derniers temps, M. Debove (1) a appelé l'attention sur le mode de début brusque, tout à fait apoplectique de certains cas d'hémiplégie hystérique, ce mode de début peut alors simuler de la façon la plus parfaite celui d'une paralysie par lésion organique, et c'est avec raison que Sydenham a pu dire « quand l'hystérie attaque le cerveau, elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire et qui se termine comme elle par l'hémiplégie. »

Hémianesthésie. — S'il est vrai que la présence de l'hémianesthésie sensitive et sensorielle constitue une forte présomption en faveur de l'hystérie, on sait aussi, depuis les travaux de M. le professeur Charcot et de ses élèves sur ce sujet, que ce phénomène peut quelquefois se montrer à la suite de lésions cérébrales du foyer. La présence de ce symptôme est donc loin d'être pathognomonique. Son absence posséderait-elle une signification plus précise, en un mot, toute hémiplégie non accompagnée d'hémianesthésie doit-elle être considérée ipso-facto comme non hystérique ? Nul, croyons-nous, dans l'état actuel de la science n'oserait affirmer ce fait, car on sait qu'on peut par suggestion obtenir une hémiplégie avec conservation de la sensibilité.

Tremblement. Hémichorée. — Des manifestations de ce genre ont été, à diverses reprises, signalées par M. le professeur Charcot, qui en a fait l'objet de plusieurs leçons, et rien dans la physionomie de ces désordres moteurs ne diffère notablement de ce que l'on peut observer dans les hémiplégies de nature organique.

Localisation de la paralysie. — On sait qu'en général, dans l'hémiplégie vulgaire, le membre inférieur est notablement moins atteint (du moins au bout de quelques jours) que le membre supérieur. — Dans l'hémiplégie hystérique, le contraire s'observe assez souvent, le membre inférieur est alors plus paralysé que le supérieur. Mais cette localisation différente de la paralysie ne doit cependant pas être considérée comme une règle absolue ; loin de là, car il n'est pas rare de voir des hémiplégies organiques avec prédominance sur le membre inférieur, et des hystériques avec prédominance sur le membre supérieur.

A propos de la paralysie du membre inférieur, il est bon cependant de rappeler un fait sur lequel M. le professeur Charcot insiste tout particulièrement dans ses leçons et qui présente un caractère de constance bien marqué, c'est la façon dont se comporte pendant la *marche* le membre inférieur paralysé. Chez les individus atteints de lésion cérébrale en foyer, ce membre, au lieu d'être, comme dans l'état normal, porté directement en avant au moyen de la flexion de la jambe et de la cuisse, ne peut plus être placé devant le membre inférieur sain que grâce à un mouvement d'abduction qui fait décrire au pied du côté malade une demi-circonférence, dont le pied du côté sain marquerait le centre ; pendant ce mouvement, le membre inférieur paralysé reste dans l'extension. — Chez les hystériques, au contraire, il en est tout autrement, le membre inférieur paralysé n'est plus porté en avant, il est traîné à la suite du membre sain, le malade marche un peu de la façon dont les petits

(1) Voir à ce sujet le mémoire en cours de publication de M. Achard dans les *Archives générales de médecine* sur l'apoplexie hystérique.

enfants montent les escaliers, toujours la même jambe en avant ; de plus, pendant la marche, le membre inférieur du côté paralysé est souvent un peu fléchi et non plus étendu comme dans les cas de lésions organiques.

Enfin, au point de vue du *côté où siège* la paralysie, est-il bien utile de rappeler que, d'après quelques auteurs, l'hémiplégie hystérique est plus fréquente à *gauche* qu'à *droite*, alors que le contraire s'observe pour l'hémiplégie de cause organique ?

Le caractère tiré de la façon dont se comporte la *contracture* dans l'un ou l'autre cas ne semble pas non plus être toujours assez marqué ou assez constant pour qu'on lui assigne une importance très grande au point de vue du diagnostic. Voici en quoi il consiste : chez les hémiplégiques par lésion organique, la contracture serait moins forte après le repos et surtout le matin au réveil ; chez les hystériques, au contraire, la contracture persisterait aussi intense dans le sommeil que dans la veille et ne serait nullement atténuée le matin.

L'*Atrophie musculaire* des membres paralysés a pu, pendant longtemps, être considérée comme excluant ipso-facto l'hypothèse d'une hémiplégie hystérique. mais ce signe n'a plus maintenant aucune valeur diagnostique depuis que M. Charcot (1) a fait voir que la diminution de volume des membres était loin d'être rare dans les paralysies hystériques et qu'elle pouvait même s'y montrer à un degré prononcé.

L'étude des *Réflexes* préconisée par quelques auteurs nous fournira-t-elle des indices plus sûrs ?

A. Réflexes tendineux.— Dans l'hémiplégie de cause organique ils sont, on le sait, le plus souvent augmentés et cela dans des proportions fort variables ; dans l'hémiplégie hystérique ils sont, du moins à notre avis, le plus ordinairement normaux ou plus ou moins diminués ; mais, dans certains cas, ils présentent une augmentation considérable et quelquefois même on a pu observer le clonus du pied. Ici encore, il est donc impossible, ainsi que l'a déjà fait remarquer l'un de nous (2), d'établir aucune règle fixe.

B. Réflexes cutanés. — Dans ces dernières années, M. Ottomar Rosenbach (3) a cru pouvoir admettre que, dans l'hémiplégie hystérique, les réflexes cutanés sont exagérés, tandis que les réflexes tendineux sont affaiblis. Il ne nous a pas été donné de constater cette exagération et elle n'existait pas non plus dans un des cas de Kalkoff. Il n'est pas rare, au contraire, d'observer la diminution ou même la disparition des réflexes cutanés chez les malades de ce genre.

C. Réflexe pharyngien. — La diminution ou la disparition du réflexe pharyngien chez les hystériques est un signe considéré avec juste raison comme ayant une réelle valeur, et cela d'autant plus que cette disparition peut exister même chez des individus ne présentant que des manifestations hystériques peu prononcées. Malheureusement ce signe ne peut être que d'un bien faible secours pour diagnostiquer une hémiplégie organique d'avec une hémiplégie hystérique. La disparition du réflexe pharyngien peut, en effet, s'observer (4) dans les hémiplégies par lésion en foyer et cela avec une netteté aussi grande que lorsqu'il s'agit de l'hystérie.

Quant aux *Mouvements associés*, s'il est vrai qu'on les observe en général d'une façon plus constante et avec une intensité plus grande dans les hémiplégies organiques, il est bon de remarquer qu'ils existent quelquefois aussi dans l'hémiplégie hystérique, car chez notre malade Cl..., bien que faibles, on pouvait cependant les constater.

En résumé, on le voit, *nous ne connaissons aucun caractère objectif qui permette de distinguer avec certitude* une hémiplégie organique d'une hémiplégie hystérique. (*A suivre.*)

(1) J. M. Charcot, Leçons 1886. — Babinski. *Arch. de Neurol*, 1886.

(2) P. Marie et Souza-Leite. *Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture. Revue de médecine*, 1884.

(3) Ottomar Rosenbach. *Erlenmeyer's Centralblatt*, 1879, p. 193.

(4) L'un de nous, P.-M., a eu pendant son internat (1882) dans le service de M. Charcot l'occasion de constater à plusieurs reprises ce fait chez des malades atteints de paralysie pseudo-bulbaire (par lésion cérébrale en foyer). Contrairement à ce qui est affirmé par la plupart des auteurs, il a pu s'assurer que, dans ce cas, le réflexe pharyngien est aboli ou considérablement diminué, tandis que, chez les bulbaires vrais (par lésion des noyaux bulbaires), ce réflexe est beaucoup mieux conservé, sinon tout à fait normal, pourvu, bien entendu, que l'atrophie des muscles du pharynx ne soit pas telle que leurs mouvements soient devenus complètement impossibles.

CLINIQUE INFANTILE

Alcoolisme chez un enfant de 4 ans. — Démence et épilepsie symptomatiques de méningo-encéphalite. — Diphthérie (1) ;

Par BOURNEVILLE et BAUMGARTEN.

SOMMAIRE. — *Grand'mère maternelle rhumatisante. Mère, fièvre typhoïde à 19 ans avec délire. — Sœur, morte de convulsions internes consécutives à la coqueluche. — Rachitisme. — Intelligence normale jusqu'à* 3 *ans. — Alcoolisme* (vin blanc) *à partir de* 4 *ans. — Premières convulsions à* 4 *ans* (mai 1885) *: affaiblissement consécutif de l'intelligence ; irritabilité. — Deuxièmes convulsions* 15 *jours après les premières.— Accès d'épilepsie. — Prédominance des convulsions à gauche. — Nouvelles convulsions* (juillet et août). — *Vertiges* (novembre 1885). — *Paralysie* (novembre 1885).— *Tremblement choréiforme.— Epilepsie symptomatique ; accès de plus en plus rapprochés ; gâtisme ; accès de colère. — Plaies dans les chutes convulsives ; cicatrisation rapide.— Diphthérie ; mort. — Méningo-encéphalite.*

Enderl..., Charles, né à Paris, le 27 mai 1881, est entré le 12 juin à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par le père et par la mère. — *Père*, 29 ans, cuisinier dans un hôtel particulier, grand, châtain ; a toujours été bien portant, sobre, il n'a jamais eu d'accidents nerveux (migraines, etc.), ni de rhumatismes, de dermatoses ou de syphilis. [*Père*, 62 ans, cultivateur, bien portant, sobre. — *Mère*, 64 ans, ménagère, est atteinte d'un *rhumatisme* articulaire chronique ; les quatre membres sont pris et ne fonctionnent plus. — Rien du côté des *grands parents paternels*. — Trois *frères* et deux *sœurs* jouissant d'une bonne santé ; ni les uns ni les autres n'ont d'enfants. — Trois *oncles* paternels ne présentent aucune maladie ; l'un d'eux a eu une dizaine d'enfants parfaitement sains. Une *grand'tante*, âgée de 87 ans, est en enfance depuis 3 ans. Ni aliénés, ni épileptiques, ni difformes, ni idiots, ni suicidés, ni condamnés dans la famille.]

Mère, 29 ans, couturière, bien portante, blonde, physionomie régulière, intelligente. Depuis 4 ou 5 mois, elle a des *douleurs* de tête. Pas de convulsions dans l'enfance, ni de maladies nerveuses, de dermatoses, de rhumatismes. Elle est impressionnable, mais elle n'a jamais eu d'attaques ni de syncopes. Elle a eu une fièvre typhoïde à 19 ans, accompagnée de *délire* intense et non suivie de troubles intellectuels. [*Père*, mort d'une affection cardiaque vers 42 ans : forgeron, sobre (?). — Pas de renseignements sur

(1) Communication à la *Société anatomique*, juillet 1886.

*

les grands *parents* paternels et maternels. — Deux *frères*, l'un mort des suites d'une opération dont on ignore la nature à l'hôpital Beaujon, sans enfants; l'autre est bien portant ainsi que sa fille. — Pas d'aliénés, pas d'idiots ni d'arriérés, ni de malformations]. — Pas de consanguinité.

Deux *enfants* : 1° notre malade; 2° une fille morte à 9 mois, de *convulsions* internes, à la suite d'une *coqueluche* accompagnée de l'évolution de 4 dents; ces convulsions ont duré 4 jours.

Notre malade. — La *conception* a eu lieu trois mois après le mariage, les parents étaient bien portants. — La *grossesse* a été absolument normale, aucun accident n'est survenu. — L'*accouchement* s'est fait à terme, sans difficulté, sans chloroforme. — *A la naissance,* l'enfant ne présentait pas de signes d'asphyxie. — *Elevé* au sein, en nourrice dans la Mayenne, il n'est revenu qu'au bout de 2 ans. Première dent à 4 mois, les autres ont poussé promptement; il marchait à 8 mois et, de bonne heure, il parlait le patois du pays. L'enfant venait bien en nourrice, toutefois il avait du *rachitisme* des jambes qui étaient « en cerceau. » A 2 ans seulement, il a commencé à être propre. A cet âge, il était intelligent, caressant, très nerveux et n'avait pas eu encore de convulsions.

Ses parents l'ont repris à 3 ans, en bonne santé et, après l'avoir gardé une semaine, ils l'ont envoyé à Altkirch chez ses grands parents paternels avec lesquels il est resté de 3 ans à 4 ans 1/2. C'est à 4 ans que se sont manifestées les premières convulsions qui auraient duré une heure. Entre les crises, il ne reprenait pas connaissance et paraissait être mort. Ces convulsions ont été attribuées à l'*abus du vin blanc*. Les grands parents, en effet, tenaient une auberge et les consommateurs faisaient boire, en cachette, à l'enfant du vin blanc pour lequel il avait beaucoup de goût; il descendait même furtivement à la cave, et là il buvait. On pense que plusieurs fois il aurait été ivre. La veille du jour où sont survenues les premières convulsions, il s'était enivré au point qu'on avait été obligé de le coucher.

Quoiqu'il se soit relevé le jour même où il a eu ses convulsions, on s'est aperçu que l'intelligence était atteinte: il parlait mal, ne pouvait fixer son attention, n'écoutait pas ce qu'on lui disait (mai 1885). Quinze jours plus tard, *nouvelles convulsions* qui ont duré une demi-heure; puis, pour la troisième fois, *convulsions* six semaines après les précédentes. En juin, les troubles intellectuels ont paru s'améliorer et l'attention paraissait plus facile à fixer. Les *convulsions* ont reparu à diverses reprises en juillet et août. L'enfant, qui auparavant était propre, cessa de l'être et devint gâteux.

Pendant 6 semaines (septembre et octobre), les convulsions ont disparu pour revenir de nouveau à la fin d'octobre. En novembre, l'enfant est devenu incapable de marcher. En novembre et en décembre, les convulsions, qui avaient pris l'allure d'*accès d'épilepsie*, se montraient chaque jour variant de 1 à 8; elles prédominaient à gauche. A ce moment, En.., a cessé de manger seul. Des *vertiges* se sont manifestés un peu avant l'apparition de l'*affaiblissement paralytique*.

La mère a repris son enfant en janvier 1886. A cette époque, il ne marchait plus, ses jambes, ses bras étaient mous, incapables de déployer la moindre force. Les mouvements des membres supérieurs s'accompagnaient de *tremblement*; il pouvait parler, mais la parole était mal articulée; souvent, on ne le comprenait pas; il ne pouvait prononcer que des mots; il était incapable d'articuler une phrase entière. Il était resté affectueux et reconnaissait bien son père et sa mère.

Depuis janvier, les accès venaient à peu près tous les quinze jours; ils duraient à peine cinq minutes. *Toujours le côté gauche a été plus atteint*; il était rigide, mais on n'a pas observé de secousses cloniques. Le côté droit n'était pas raide.

Plusieurs fois par jour, l'enfant avait des *vertiges*, on en a compté une dizaine en moyenne; ils duraient quelques secondes: la tête se penchait, les paupières se fermaient et tout était fini. Enfin, deux ou trois fois par jour, il avait des *secousses* du tronc.

Pendant les cinq mois qu'il est resté chez ses parents, il ne s'est produit aucune modification de l'intelligence, ni progrès, ni déchéance plus accentués. La parole est restée également stationnaire. Le plus souvent, il demandait par signes. Il bavait fréquemment; il n'a pas eu de grincements de dents, de balancements, de tics, ni d'onanisme. On n'a pas observé de strabisme: il fixait bien ses yeux; on a remarqué cependant que lorsqu'il voulait saisir un objet, il dirigeait sa main à côté; on attribue ce manque de précision dans les mouvements, soit à la maladresse due au tremblement, soit à une faiblesse de la vue.

Aucune manifestation strumeuse, aucune fièvre éruptive, ni coqueluche, ni bronchite, etc.

Il est entré à l'hôpital des Enfants-Malades le 7 juin et à Bicêtre le 12 juin. En l'amenant dans cet hospice, son père a remarqué qu'il avait la fièvre. Le lendemain, sa mère l'a trouvé calme et moins énervé que de coutume (1); il n'a mangé qu'un très petit morceau du gâteau qu'elle lui avait apporté. Il a toussé une fois; sa toux était rauque; on aurait dit qu'il allait étouffer. Notons en passant qu'il n'existe aucun cas de diphtérie dans la maison.

Etat actuel (13 juin): *Poids*, 16 kil. 70; — *taille*, 1 mètre 04. — *Tête* assez grosse, un peu carrée, développement modéré de l'occipital; bosses pariétales un peu saillantes, la droite un peu plus que la gauche; — *front*, moyennement élevé; bosses frontales assez saillantes, dépression latérale sur les tempes; arcades sourcillières déprimées.

Circonférence du crâne à la base . . .	0,47
Diamètre antéro-postérieur maximum .	0,30
Diamètre transversal maximum	0,29

Pas de strabisme, pas de lésions oculaires, iris brun, pupilles égales, un peu contractées; légère blépharite; yeux très excavés. — Apophyses malaires saillantes. —Nez aquilin, petit; ailes du nez un peu relevées. — *Face* ovale, symétrique, sauf une légère prédominance de la bosse frontale droite. La face semble un peu élargie en bas, à cause du gonflement sous-maxillaire. — *Oreilles* bien ourlées, lobules assez bien détachés.

Sur la *langue*, petites surfaces d'aspect grisâtre; trois d'entre elles ont la forme papuleuse. — Les *amygdales* sont couvertes de larges *plaques diphtériques*, grisâtres, sanieuses. Une d'elles s'est détachée spontanément; on détache les autres facilement avec un pinceau. Elles laissent au-dessous d'elles des surfaces ulcérées, saignantes; la bouche est remplie d'une sanie infecte.

Cou normal, circonférence 30 centimètres. Epaules bien conformées. — Le *thorax* est bien musclé, symétrique, sa circonférence sous les aisselles est de 53 centimètres et de 55 centimètres au niveau des mamelons, et, à la base, de 54 centimètres. L'*abdomen* et le *rachis* n'offrent rien de particulier.

Membres supérieurs, normalement conformés; leurs dimensions sont semblables des deux côtés. — *Membres inférieurs*, bien musclés, symétriques, sans déformation; articulations libres.

Organes génitaux : Pénil glabre, bourses pendantes: testicules de la grosseur de très petites olives; prépuce assez long; pas de phimosis; méat normal.

Peau blanche et fine, pas de cicatrices; cheveux châtains, abondants; sourcils peu accusés; cils noirs, assez abondants.

14 *juin*. — Facies pâle, plombé; ganglions sous-maxillaires très augmentés de volume; œdème du cou. La respiration est fréquente, avec le type costal supérieur, la *voix* est extrêmement sourde, voilée. La *toux* peu fréquente a un timbre voilé; on n'a pas noté d'accès de suffocation.

A l'auscultation, rien au poumon; les bruits du cœur sont indistincts, formant une sorte de murmure continu.

Dans la soirée la dyspnée augmente; il y a des signes

(1) Ce qu'elle attribue aux injections de *morphine* qu'on lui avait faites à l'hopital des Enfants-Malades.

PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(Collection Bourneville).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV 99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75 — Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville ;— Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (n° 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (n° 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique velin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584). Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs Legué et G. de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier velin, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr.—Papier Japon prix : 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.

d'asphyxie : lèvres bleues, extrémités froides, tirage abdominal et sus-claviculaire; sifflement respiratoire; pas d'accès de suffocation.

La *trachéotomie* est pratiquée à 9 heures du soir (M. Beaumgarten). Issue de fausses membranes par la canule. Légère amélioration après l'opération; l'enfant boit avec avidité à plusieurs reprises et semble respirer plus librement.

15 *juin*. — L'asphyxie continue, refroidissement des extrémités, cyanose légère des lèvres et du nez. A la base du poumon gauche, râles sous-crépitants disséminés. T. R. 38°,5. — *Soir* : 38°,6.

16 *juin*. — Mort dans le collapsus à 10 heures du soir. T. R. un quart d'heure après la mort 38°; une heure après, 36°; deux heures après, 34°.

Autopsie le 18 juin à 8 heures du matin. Sujet bien développé; coloration verdâtre de l'abdomen non ballonné; situation normale des organes de l'abdomen; la *troisième côte* présente un *dédoublement* de son cartilage costal.

Péricarde, rien de particulier. — *Cœur*, en systole; caillots fibrineux dans l'oreillette et le ventricule droits; rien dans le cœur gauche. Persistance du *trou de Botal*; valvules, endocarde, normaux.

Poumons : Le *gauche* pèse 205 gr. et offre de l'œdème et des noyaux disséminés de *broncho-pneumonie*; les bronches ne renferment pas de fausses membranes. Le *droit* est normal. Le *thymus* persiste. Les *amygdales*, la *glotte*, l'*épiglotte* sont couvertes de pseudo-membranes; les fausses membranes ne descendent pas au-dessous de la glotte, sauf à droite de l'incision trachéale, où l'on remarque une petite plaque diphtérique.

Abdomen. *Rate* petite, 55 gr., normale. Tous les autres organes sont normaux. Chaque *rein* pèse 55 gr.; le *foie*, 570 gr.

Tête. A l'ouverture du crâne, la *dure-mère* paraît adhérente aux os; le sinus longitudinal supérieur renferme du sang et des caillots. La calotte et la base du crâne paraissent symétriques, cependant la fosse pariétale droite semble un peu plus développée que la gauche; les sutures sont normales.— *Cerveau*.La *pie-mère* est injectée; les différents organes de la base de l'encéphale sont symétriques (nerfs, pédoncules, protubérance, artères, sauf la communicante postérieure droite qui est d'un calibre plus petit.) Les deux hémisphères pèsent chacun 430 gr. Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent 95 gr. Dans son ensemble, l'*encéphale* (955 gr.) est mou et lourd. Pas de lésions en foyer. On trouve des adhérences de la pie-mère extrêmement prononcées avec la substance cérébrale qui est très molle. La décortication ne s'opère qu'en entraînant des morceaux de la substance cérébrale Le *cervelet* se décortique avec facilité; il paraît plus dur au toucher qu'à l'ordinaire.

Hémisphère droit. — Ce qui frappe tout d'abord, c'est que le *lobe frontal*, la moitié postérieure de la *région pariétale* et le *lobe occipital* sont moins développés que les parties centrales et que le lobe temporal.— Sur toute la partie postérieure de l'hémisphère, depuis la scissure interpariétale jusqu'à la scissure parallèle, la pie-mère a emporté avec elle une portion de la substance grise. La même lésion se retrouve sur la pariétale ascendante, la frontale ascendante, la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale, la partie antérieure de la troisième circonvolution frontale, mais disséminées en petites plaques irrégulières.

La *première circonvolution frontale* est maigre dans sa moitié antérieure et assez développée dans sa moitié postérieure. Elle s'insère de niveau sur la frontale ascendante. Elle envoie deux plis de passage à la deuxième circonvolution frontale. — La *deuxième circonvolution frontale*, plus amaigrie encore que la précédente, est sinueuse et s'insère à mi-hauteur sur la frontale ascendante. Elle envoie trois plis de passage à la troisième circonvolution frontale. — La *troisième circonvolution frontale* est maigre à sa partie moyenne et postérieure, atrophiée dans sa partie antérieure. Les sillons sont assez profonds. La *scissure parallèle frontale* est profonde dans toute sa hauteur, excepté au niveau de l'insertion de la deuxième circonvolution frontale. — La *frontale ascendante* est bien développée, très sinueuse. — Le *sillon de Rolando* est profond. — La *pariétale ascendante* est très large dans son quart supérieur, maigre à sa partie moyenne, atrophiée dans son quart inférieur. Le *pli pariétal supérieur* est atrophié; le *pli pariétal inférieur*, au contraire, est assez développé.— Le *pli courbe*, assez volumineux en avant,est atrophié en arrière. — L'atrophie porte aussi sur tout le lobe occipital et sur les parties postérieures de la première et de la deuxième circonvolution temporale.

La *première circonvolution temporale* est atrophiée dans sa partie antérieure; elle n'est bien développée qu'à sa partie moyenne. Elle envoie un pli de passage à la deuxième circonvolution temporale et deux au lobule de l'insula au fond de la scissure de Sylvius. — La *scissure parallèle* est profonde et sinueuse.La *deuxième circonvolution temporale* est bien développée et envoie deux plis de passage à la troisième circonvolution temporale. — Le *lobule de l'insula* présente trois digitations assez maigres. — La *scissure de Sylvius* n'offre rien de particulier. — Sur le *lobe orbitaire* les circonvolutions sont sinueuses, la scissure en H est bien dessinée. — La *circonvolution du lobe olfactif* est normale.

Face interne. — La *première circonvolution frontale*, sinueuse, un peu irrégulière, envoie un pli de passage à la circonvolution du corps calleux et deux au lobule paracentral. — Le *lobule paracentral* est long et coupé profondément par le prolongement du sillon de Rolando. — Le *lobule quadrilatère* est peu développé dans son ensemble et surtout en arrière. — La *circonvolution du corps calleux* est uniforme, non sinueuse. — Le *coin*, atrophié, a un aspect vermiculé.

Le *lobe occipital* est atrophié comme sur la face externe. — La *circonvolution de l'hippocampe* est régulière, mais non plissée. — La *corne d'Ammon*, le *ventricule latéral*, le *corps calleux*, la *couche optique*, le *corps strié*, n'offrent rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Toute la face externe est tomenteuse, comme déchiquetée, car presque partout une couche assez épaisse de la substance grise a été entraînée avec la pie-mère; nulle part cependant la substance blanche n'est mise à nu. — Les portions les moins malades sont: la partie inférieure de la troisième circonvolution frontale, la moitié inférieure de la frontale ascendante, les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, la moitié antérieure de la temporale et le lobule de l'insula.

La *première circonvolution frontale*, sinueuse, s'insère par une sorte de crochet sur la frontale ascendante et envoie deux plis de passage à la *deuxième circonvolution frontale*. — Celle-ci, très sinueuse, donne un pli de passage à la troisième frontale. Les *sillons* qui séparent ces trois circonvolutions sont profonds. — La *scissure parallèle frontale* est tortueuse, profonde, ininterrompue sur presque toute la hauteur de l'hémisphère. — La *frontale ascendante* est très sinueuse et assez maigre. — Le *sillon de Rolando* est profond. — La *pariétale ascendante* n'est pas plus développée que la frontale ascendante, mais très sinueuse. — Le *lobule pariétal supérieur* est composé de circonvolutions très grêles. — Le *lobule pariétal inférieur* et le *pli courbe* sont peu développés. — La *scissure perpendiculaire externe*, à peu près ininterrompue, est très profonde. — Le *lobule orbitaire* est petit, mais se distingue facilement. — La *première circonvolution temporale* envoie deux prolongements au fond de la scissure de Sylvius; elle est plus développée à sa partie postérieure qu'à sa partie antérieure. — La *deuxième circonvolution temporale* communique par deux plis de passage volumineux avec la troisième circonvolution temporale. — Celle-ci est irrégulière, mais assez grosse, coupée en quelque sorte par le sillon qui sépare les deux plis de passage dont il vient d'être question. — La *scissure parallèle* est profonde; le même caractère se remarque sur tous les autres

sillons. La *scissure de Sylvius* et le *lobule de l'insula* n'offrent rien de particulier.

Lobe orbitaire. — La *circonvolution du lobe olfactif* est grêle, le reste du lobe peu plissé.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est large et très sinueuse. — Le *lobule paracentral* est long. Il présente un sillon vertical, profond, en forme de T, ainsi qu'une encoche, terminaison du sillon de Rolando. — La *circonvolution du corps calleux* est large et unie; le *sillon calloso-marginal* est profond. — Le *lobe quadrilatère* est borné par des sillons larges et profonds. — La *scissure calcarine* et la *scissure perpendiculaire interne* sont très distinctes. — Le *coin* est petit.

Sur cette face, il n'existait d'*adhérences* qu'au niveau de la partie antérieure de la première frontale, de la partie supérieure du lobe quadrilatère, et un peu sur le bord du coin.

La *corne d'Ammon*, le *ventricule latéral*, la *couche optique*, le *corps calleux* sont normaux.

Examen histologique fait par M. Pilliet, aide préparateur d'histologie. — *a) Lobe frontal de l'hémisphère gauche.* — Les méninges sont restées adhérentes sur les coupes; et on les voit constituées surtout par des vaisseaux très dilatés et remplis de sang; les veines sont particulièrement énormes; les capillaires qui plongent dans la substance cérébrale sont aussi très gonflés et parfaitement visibles, quelques-uns sont rameux. Dans la substance grise, la couche superficielle de névroglie a son épaisseur normale, peut-être les noyaux des cellules sont-ils un peu plus abondants que chez un enfant sain du même âge. La seconde couche, celle des petites cellules pyramidales, présente des altérations dans le nombre de ces éléments qui est extrêmement diminué, et dans leur disposition réciproque. Au lieu de former un mur de cellules serrées, visible au premier coup d'œil, elles sont assez dispersées, par groupes de trois à cinq, en sorte qu'on ne retrouve pas à un faible grossissement l'aspect connu de cette couche, et qu'il en faut chercher les éléments. Dans les deux couches suivantes, couche des cellules pyramidales moyennes et couche des grosses cellules, on observe, vu la grosseur des éléments, des lésions plus nettes. Les cellules sont diminuées de nombre; en revanche, les noyaux petits et sphériques qui révèlent les cellules névrogliques sont augmentés et dispersés. Les cellules au lieu d'être disposées en séries régulières, bout à bout, limitées par les fibres d'origine de la substance blanche, présentent les mêmes séries morcelées par disparition de cellules intercalaires; en sorte qu'on ne voit que des groupes continus de plusieurs cellules en nombre assez restreint, ressemblant à des capsules allongées de cellules de cartilage. Les cellules situées à la limite des deux couches intermédiaires aux grandes cellules pyramidales et aux moyennes, présentent à son maximum une altération dont on retrouve des états différents sur toutes les couches. Elles sont d'abord gonflées, hyalines, avec une accumulation considérable de granules jaune ambré autour des noyaux; puis restant toujours hyalines, elles sont beaucoup plus petites, ont une forme en fuseau, et n'offrent pas de prolongements distincts. Enfin, à un troisième état, on ne voit qu'un noyau sphérique, avec un petit amas de granules réfringents autour de lui. La plupart des cellules sus-mentionnées, présentent les différents degrés de cette altération, avec cette particularité que la plupart des cellules que l'on voit dans un même champ du microscope, sont à peu près au même état; tandis que, plus loin, on rencontre des groupes de cellules à autre état. Les capillaires dans ces deux couches sont ramifiés et dilatés, mais leur développement n'est pas excessif.

Dans la couche suivante de la substance grise et dans la substance blanche, ce qui domine c'est l'accumulation des noyaux des cellules interstitielles. Il n'y a qu'un petit nombre de corps granuleux. En résumé, on constate la congestion vasculaire, la multiplication des cellules de la névroglie et la disparition des cellules nerveuses, disparition qui nous est expliquée par les différents états aboutissant à l'atrophie que l'on peut observer sur les coupes.

Sur une coupe du *lobe pariétal*, les lésions sont absolument du même ordre, mais plus avancées, et paraissent avoir marché du centre à la périphérie. En effet, si nous reprenons l'étude des couches en sens inverse, nous voyons d'abord la substance blanche très vascularisée et présentant les figures connues sous le nom d'éléments araignées. La couche intermédiaire, couche des fibres arquées, et la couche des grandes cellules pyramidales ne se composent plus que de faisceaux fibrillaires descendants avec nombreuses cellules interstitielles, et c'est dans la couche des cellules pyramidales moyennes que l'on retrouve l'évolution des lésions cellulaires telles que nous venons de l'indiquer. Au-dessus, la sériation des cellules a tout à fait disparu. La couche la plus superficielle de la substance grise a été en partie enlevée avec les méninges, surtout aux points de pénétration des capillaires.

Sur une coupe du *lobe occipital*, une portion assez considérable de substance grise a été enlevée avec la pie-mère, ce qui en reste présente une diminution portée à l'extrême des éléments pyramidaux. A la limite de la substance blanche, l'accumulation des noyaux petits et sphériques des cellules interstitielles est très marquée. Dans les portions périphériques, au contraire, les éléments cellulaires sont rares et dispersés au milieu d'un tissu cellulaire abondant.

b) Cervelet, Hémisphère droit, rien à noter. Les cellules de Purkinje sont admirablement conservées. En résumé, les lésions paraissent plus marquées sur les régions postérieures de l'hémisphère et se composent toujours des deux mêmes éléments, sclérose interstitielle et lésion des cellules pyramidales, évoluant parallèlement.

c) Moelle cervico-dorsale. — Les *cordons blancs* sont symétriques; dans la substance grise, tuméfaction hyaline assez peu accentuée dans les cellules des cornes antérieures; les cornes sont égales; le canal de l'épendyme est intact.

d) Moelle lombaire. — Même aspect, congestion intense des méninges.

e) Amygdales. — Il existe des traînées embryonnaires nombreuses dans le tissu de l'amygdale, un certain nombre de points de mortification sur la paroi des cryptes.

f) Glandes sous-maxillaires. — Pas de suppuration; mais les cellules petites, cubiques, non granuleuses, remplissent les culs-de-sac et paraissent revenues à l'état indifférent.

I. L'existence d'une *intoxication alcoolique* est indubitable chez le jeune Enderl..., car, d'une part, nous ne trouvons dans ses antécédents ni épilepsie ni aucune autre maladie nerveuse et, d'autre part, lorsqu'il a été envoyé en Alsace, à l'âge de trois ans, il marchait, parlait, était propre et avait l'intelligence des enfants de son âge. Ce n'est qu'après une année passée chez son grand-père, aubergiste, et à la suite de libations répétées qu'apparurent de graves accidents.

La nature des symptômes et leur évolution appartiennent bien à l'alcoolisme. Les *premières convulsions* se montrèrent le lendemain d'un jour où l'enfant s'était complètement enivré. Elles prédominèrent sur le côté gauche du corps et cette prédominance se remarqua durant les états de mal convulsifs qui survinrent à des intervalles plus ou moins longs, jusqu'à l'apparition des *accès d'épilepsie symptomatique* (nov. 1885). Ces accès ne se montrèrent d'abord qu'une fois par mois, puis se rapprochèrent rapidement et bientôt on en compta plusieurs par jour.

En même temps, Enderl... éprouva des *vertiges*, du *tremblement*, des *secousses*, accidents susceptibles d'être rattachés aux lésions produites par l'*alcoolisme*.

Les troubles intellectuels ont suivi une marche rapide et progressive, car un an après le départ de l'enfant pour l'Alsace, lorsqu'il fut repris par sa mère, il ne parlait plus, était incapable d'attention, ne pouvait plus marcher; les membres supérieurs étaient agités de tremblements, enfin il gâtait : la déchéance était complète.

Notons que les symptômes, une fois établis, n'ont pas rétrocédé, bien que l'enfant ait été soustrait par sa mère à l'influence de l'alcool, peu après l'apparition des premières convulsions. — Ces particularités sont probablement dues

à l'âge tendre du buveur, l'alcool ayant produit, sur son cerveau en voie d'évolution, des lésions définitives. Dans ces conditions le pronostic était absolument grave, les chances d'amélioration par le traitement médical, hygiénique et pédagogique — si utile dans d'autres cas — devenaient presque complètement nulles.

II. La *diphtérie*, contractée dans un court séjour à l'hôpital des Enfants Malades et qui a revêtu la forme toxique, n'a rien présenté de remarquable; elle a entraîné la mort, malgré la trachéotomie. La fièvre n'a dépassé 38°, et c'est à cette hyperthermie, bien que légère, qu'il faut peut-être attribuer l'absence d'accès convulsifs chez Enderl... depuis son entrée à Bicêtre.

III. Les lésions trouvées à l'autopsie sont celles d'une *méningo-encéphalite*, étendue à presque tout le cerveau, prédominant sur les lobes occipitaux et pariétaux, mais ayant aussi atteint les lobes frontaux. La sclérose cérébrale, lésion ordinaire de l'alcoolisme, explique bien les troubles de l'intelligence et de la motilité, la déchéance profonde et incurable observée chez cet enfant (1) et rend bien compte de la prédominance des convulsions sur le côté gauche du corps.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

C'est l'article 20 qui constitue la « grande innovation » du projet. Il veut que tout placement soit provisoire jusqu'à ce que le tribunal, en chambre du conseil, l'ait déclaré définitif; en attendant ce jugement, l'aliéné sera maintenu dans un quartier spécial d'observation, à moins que les exigences du traitement ne s'y opposent. En outre, au lieu d'envoyer copie des pièces au préfet seulement, le directeur de l'asile devra les envoyer en triple expédition au préfet et aux procureurs de la République des arrondissements où sont situés l'asile et le domicile du malade. Enfin, le médecin-inspecteur devra examiner l'aliéné dans les cinq jours. La loi de 1838 ne donnait qu'un délai de trois jours. Au total, la « grande innovation » se réduit, en la forme, à substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, et, au fond, à diminuer la rapidité du contrôle, à augmenter la paperasserie et à se payer de mots. Car, enfermée provisoirement dans le quartier d'observation, ou conduite directement dans la division qui convient à son état, la personne amenée à l'asile sera bel et bien séquestrée en un endroit comme dans l'autre. En quoi, s'il n'y a pas aliénation, la séquestration sera-t-elle plus justifiée, moins coupable, moins désagréable, pour être qualifiée de provisoire et pour avoir lieu du côté gauche de l'asile au lieu d'être effectuée du côté droit? Imité du Bureau d'examen et de répartition qu'imagina jadis Girard de Cailleux pour se tailler un petit fief dans l'Asile Ste-Anne, que sera ce quartier d'examen? Créera-t-on dans le grand asile un petit asile divisé comme l'autre en sections permettant de classer les malades? Ce sera une dépense formidable et inutile. Consistera-t-il seulement, comme cela semble ressortir des indications de la discussion, en un local recevant indistinctement tous les nouveaux arrivants? Il sera intolérable pour ceux qui auront conservé une certaine lucidité. En fait, et la latitude laissée au médecin prouve que la Commission en a conscience, jamais on n'attendra la décision du tribunal pour colloquer le malade dans la division convenant à son état. Dès lors, à quoi bon cette vaine prescription?

La discussion a été longue : M. Th. Roussel a d'abord exposé longuement les nouvelles dispositions et les tendances caractéristiques de l'article 20, ainsi que les objections de la minorité de la Commission. Nous en retiendrons seulement la déclaration que les accusations portées contre la loi de 1838 n'ont aucun fondement. — M. de Gavardie soutient que le quartier d'observation, avec l'isolement qu'il comporterait, serait funeste à beaucoup de malades : le mieux serait de laisser les médecins juges du milieu qui convient à chacun. Il combat ensuite l'intervention de trop nombreuses personnes dont la plupart, étant incompétentes, s'en laisseront imposer par beaucoup d'aliénés. Changer la loi est inutile ; il suffit de bien choisir le chef d'asile. — M. Combes n'admet pas qu'il appartienne à des magistrats de décider une question de pathologie. Pour éviter la séquestration de personnes non aliénées, il faut et il suffit que l'état mental des individus internés soit nettement établi. Or, le médecin aliéniste a seul compétence pour ce faire. La Commission en convient et, cependant, elle laisse le dernier mot au magistrat, uniquement pour donner satisfaction à une opinion qu'elle-même reconnait erronée. Elle donne comme garantie l'intervention de juges qui prononceront en chambre du conseil, sur pièces, c'est-à-dire sur des documents techniques qu'il leur sera souvent aussi difficile de comprendre que dangereux de contredire. Pour contrôler l'opinion du médecin, ils n'auront que les rapports du médecin. C'est au moins puéril. Le soupçon, dit-on, n'épargnera pas un homme seul. Il y a là erreur de fait. La séquestration ne s'opère et ne se maintient que sur l'avis concordant de trois médecins, c'est-à-dire, en définitive, d'une commission médicale. On craint que le soupçon n'englobe aussi ces trois hommes. Pour faire taire ces scrupules sans fondement, il faudrait que les magistrats fussent capables de discerner et de déjouer le prétendu complot des médecins. Comment le peuvent-ils s'ils n'ont pour s'éclairer, et c'est le système du projet, que les rapports de ces médecins? quand même on les autoriserait à étudier par eux-mêmes et par tous les moyens chaque cas de placement, il leur manquerait l'aptitude professionnelle et les connaissances nécessaires. Le seul résultat sera de blesser le corps médical et de jeter une certaine défaveur sur la magistrature. Le projet ne donne à l'opinion qu'une satisfaction dérisoire et met une fiction à la place de la réalité. Les médecins, au fond, décideront; la magistrature n'aura qu'un pouvoir emprunté, d'apparence, qui diminuera sa considération. On s'incline quand elle parle au nom du droit et de la loi ; on ne respectera pas ses arrêts rendus au nom d'une science qu'elle ne possède manifestement pas. En Chambre du conseil, le procureur de la République, se

(1) La présentation des pièces, faite à la Société anatomique, a été complétée par la présentation de la *photographie* de l'enfant et du *moulage* de sa tête, ainsi qu'il en a été pour toutes les présentations, provenant du service des enfants de Bicêtre depuis 1880.

bornant à prendre acte et à requérir, à s'approprier les conclusions des médecins,ne sera plus qu'un commis de greffe ; les magistrats, conscients de leur incompétence, se réduisant à confirmer les réquisitions du procureur, c'est-à-dire le diagnostic des médecins, la Chambre du conseil ne sera plus qu'un bureau d'enregistrement. — D'autre part, il faudra augmenter le nombre des magistrats. Pour la Seine, le rapporteur et M. Bardoux estiment à 3.000 par an le nombre des entrées ; ce sera 3.000 réquisitions écrites du procureur de la République; 3.000 jugements à rendre. Nécessairement on devra créer, au tribunal de la Seine, plusieurs chambres du conseil et augmenter le nombre des substituts, exclusivement pour les aliénés. Dans d'autres départements, quoique à un moindre degré, la même nécessité s'imposera. Le budget en sera grevé d'autant, et cela pour une formalité vaine ou fâcheuse.

M. Cazelles, commissaire du gouvernement, dit que le droit de prononcer une séquestration ne saurait appartenir au médecin; celui-ci ne rend pas de décision, ne donne pas d'ordres, mais seulement des avis. On dit aujourd'hui qu'il suffit de l'avis d'un médecin complaisant pour qu'un prétendu aliéné soit séquestré; on veut d'autres garanties, il faut les chercher. (Au lieu de les chercher, il valait mieux, peut-être, éclairer l'opinion, leur montrer que la loi exigeait l'avis de *trois* médecins différents). M. Cazelles croit que le soupçon qui s'attache au premier médecin qui a fait le certificat de placement, au médecin de l'asile qui a fait le certificat d'entrée, s'attachera (on pourrait dire s'attache, puisque le troisième médecin existe déjà), au médecin inspecteur, et s'attacherait même à un quatrième. Il fallait donc chercher une autre autorité. L'autorité préfectorale ne pouvait être choisie, car bien qu'on n'ait pu élever aucune accusation formelle, ni citer aucun fait, elle n'a pas échappé aux soupçons. Il n'en sera pas de même pour la magistrature, qui a justement pour mission de décider, dans tous les cas qui touchent à la liberté d'une personne ou à son état. Elle est légalement infaillible. Sans doute, elle est incompétente scientifiquement et aucun magistrat ne réclamera le droit de faire un diagnostic, mais elle peut seule déterminer si l'avis du médecin doit être suivi. Il va de soi que le tribunal pourra prendre des informations autres que des avis médicaux, et la loi n'a pas besoin de le dire.

M. Testelin déclare qu'il ne voit pas ce qu'il y a à changer à la loi de 1838. Qu'est-ce qu'un aliéné? C'est un malade qui doit être traité d'une certaine façon. Il est donc étrange de demander à un tribunal de décider qu'un malade sera traité d'une façon ou d'une autre, car, au fond, il n'y a pas d'autre question. Il faudra un jugement pour déclarer qu'on peut se faire traiter et un jugement pour déclarer qu'on est guéri. On veut faire taire les accusations portées contre la loi de 1838 ; elles se reproduiront contre celle-ci, parce qu'il y a un système qui consiste à ne trouver rien de bon. On se plaint que l'autorité administrative ait le droit de séquestrer un citoyen, mais est-ce que ce fait se produit seulement en cas d'aliénation mentale? En temps d'épidémie, cette autorité supprime le droit de circulation, enferme les suspects dans un lazaret, les prive de leur liberté et, s'ils y tombent malades, on ne va pas chercher le tribunal pour décider que leur maladie est le choléra ! S'il y a des abus,que les magistrats interviennent; le diagnostic des crimes et des criminels est le propre de la magistrature; le diagnostic des maladies appartient aux médecins.

L'intervention de la magistrature sera fâcheuse, sans efficacité, et retardera les entrées et les sorties sans aucun avantage.

M. le rapporteur fait observer que le tribunal n'interviendra pas pour les sorties, à moins qu'il n'y ait opposition; d'après l'article 27, le préfet ordonnera la sortie sur l'avis du médecin traitant, pour les placements volontaires. M. Combes réplique que c'est un manque de logique, puisqu'il y a une question d'Etat engagée. Nous ferons observer que la loi de 1838 y met encore moins de façons ; elle laisse l'aliéné sortir dès que le médecin le déclare guéri, sans ordonnance du préfet ou même sans qu'il soit guéri, sur la seule demande de celui qui l'a placé.

Pour M. Delsol, il ne s'agit ni de diagnostic ni de traitement, mais des conséquences de la maladie et du genre de traitement pour la capacité civile et l'état social du malade. Au médecin, le diagnostic, et, au magistrat, les conséquences de ce diagnostic. En matière d'interdiction, que se passe-t-il? La justice ordonne une expertise médico-légale. Abdique-t-elle pour cela devant l'avis du médecin? Mais la procédure d'interdiction est longue, coûteuse, bruyante; il fallait donc recourir à d'autres mesures pour la protection des malades qui ne peuvent être interdits. Partageant l'erreur vulgaire, M. Delsol dit qu'il suffit d'*un* médecin complaisant pour faire enfermer une personne gênante, et que la loi de 1838 ne contient aucune garantie contre cet abus. La garantie sera l'intervention de la chambre du conseil. Sera-t-elle sérieuse? On l'a contesté, mais M. Delsol n'admet pas que la chambre du conseil ne sera qu'un bureau d'enregistrement. Sans doute, le plus souvent, elle se contentera, après examen des pièces, d'ordonner le placement définitif. Mais il y aura des cas difficiles, des contestations, des certificats médicaux contradictoires, et c'est alors que la chambre du conseil donnera une garantie complète et nécessaire. Transformée par la force des choses en un tribunal jugeant une affaire d'interdiction, elle pourra ordonner une expertise médico-légale, faire appel aux inspecteurs généraux, aux autorités de la science. — M. Delsol oublie qu'en fait c'est déjà là ce qui se passe, qu'en cas de réclamation, de protestation, c'était le tribunal qui jugeait et qui jugeait publiquement, contradictoirement, au lieu de juger à huis-clos, comme le veut le projet. Inutile, dans le cas ordinaire, l'innovation proposée n'aboutit, dans les cas douteux, qu'à diminuer les garanties données par l'ancien système). — M. Delsol croit d'ailleurs le projet très pratique. En supposant dix jugements par jour, comme ils seront rendus sur pièces, ils seront facilement expédiés par les magistrats, qui jugent quelquefois plus de quarante affaires où il y a interrogatoires, témoignages, plaidoiries, etc.

M. de Gavardie voudrait un moyen terme entre le système de la commission et celui de M. Combes, d'après lequel le médecin-inspecteur « statuera définitive-

ment sur le maintien à l'asile ou sur la sortie. » Il voudrait qu'on remplaçât le mot « statuera » par l'expression « émettre un avis, » le médecin ne pouvant rendre une décision. L'amendement de M. de Gavardie, qui ne donne à personne le droit de déclarer le placement définitif, n'est peut-être pas le moyen terme cherché; mais il résume parfaitement la discussion. On a bataillé sur un mot; tout le monde étant d'accord qu'au fond la décision définitive serait à peu près toujours conforme à l'avis du médecin, il importait peu de savoir à qui, dans la forme, on donnerait le droit de rendre la décision.

L'article 20 est adopté sans amendement. E. T.

Faculté de médecine : Inauguration du çours de Pathologie interne. M. Dieulafoy.

M. le professeur Dieulafoy a inauguré son cours de *Pathologie interne* le mardi 25 janvier dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, devant un nombreux auditoire de professeurs et d'élèves. Après avoir remercié ses anciens maîtres Peter et Jaccoud, M. Dieulafoy a fait l'éloge de Trousseau, ce type du praticien et du penseur qui pressentit en quelque sorte les progrès actuels de la science et combattit avec tant de talent les doctrines de Broussais. Après ces hommages rendus à ses prédécesseurs, le nouveau professeur passe en revue les diverses parties de la médecine, donnant le programme de son cours et faisant sa profession de foi scientifique. L'anatomie pathologique occupera une place importante, parfois même prépondérante, dans ses leçons. Souvent, en effet, elle est seule capable de jeter la lumière dans le chaos de la clinique. C'est grâce à elle que le professeur Charcot a pu créer, en quelque sorte, une véritable pathologie nerveuse rationnelle. Mais si l'anatomie pathologique est indispensable pour comprendre à quoi se rapportent les symptômes observés, la séméiologie doit occuper le premier plan dans un cours de médecine, car c'est d'elle dont il faudra se souvenir surtout lorsqu'on se trouvera au chevet du malade.

A ce propos, M. Dieulafoy montre la pathologie et la clinique interne intimement unies, se complétant, se faisant de mutuels emprunts; le professeur doit les étudier toutes deux ensemble et apprendre à l'élève à penser au malade en étudiant la maladie. L'importance de la pathologie est telle que c'est dès sa première inscription que l'étudiant devrait fréquenter l'hôpital, seule sa connaissance permet d'éviter des erreurs trop souvent funestes aux malades.

Afin d'appuyer ce qu'il avance, M. Dieulafoy cite trois exemples ; nous ne retiendrons que le suivant :

Un garçon de 14 ans présente depuis quelques mois des vomissements nocturnes, il se plaint de maux de tête, de constipation. Le médecin de la famille le traite pour une dyspepsie migraineuse. Malgré cela, l'état de l'enfant s'aggrave, le diagnostic change, l'on pense à une méningite tuberculeuse et l'on réunit une consultation. Le médecin appelé examine avec soin tous les symptômes, il apprend que les vomissements se produisent subitement, sans que rien ne les annonce et sans que le lendemain à son réveil l'enfant en garde le souvenir, la céphalalgie restant seule comme témoin de l'indisposition nocturne. On posa alors le diagnostic d'épilepsie et la surveillance que l'on établit autour du malade prouva la vérité de l'assertion du médecin. Mais quelle était la cause de ces accidents? L'interrogatoire des parents et l'examen attentif du malade firent admettre une syphilis héréditaire tardive et le traitement établi dans ce sens amena une prompte guérison.

Cette observation et deux autres encore sont bien faites pour justifier la grande importance que M. Dieulafoy compte donner dans son cours à l'examen des symptômes. Il veut aussi, d'ailleurs, insister sur l'étiologie des maladies qu'il étudiera et il se range à ce propos dans les rangs des bactériologistes. Les élèves applaudissent avec frénésie cette profession de foi de l'élève de M. le professeur Peter, mais quelques instants plus tard ils acclament M. Peter qui se trouvait dans l'amphithéâtre. Ce rapprochement bizarre prouve au moins, qu'ici comme en bien d'autres matières, l'opinion publique est loin d'être fixée. Ce qui montre une fois de plus que l'Ecole médicale fantaisiste a encore conservé des adeptes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 janvier 1887. — Présidence de M. Gosselin.

MM. Janssen et Chauveau déposent un exemplaire des discours qu'ils ont prononcés aux funérailles de M. Paul Bert à Auxerre, le premier au nom de l'Académie des Sciences, le second au nom de la Société de Biologie.

M. P. Pourquier étudie la *dégénérescence du vaccin.* Un sujet (humain, bovin, équin) qui possède le summum de l'aptitude vaccinogène, inoculé en même temps avec des virus possédant chacun un degré d'atténuation, donne des pustules dont l'ampleur et la durée seront en rapport avec l'énergie de chaque virus employé. Les pustules obtenues marcheront côte à côte, sans se confondre, avec leurs caractères particuliers, et le virus inoculé à d'autres sujets produira une vaccine atténuée ou légitime suivant la pustule dans laquelle on aura puisé le virus. Ainsi, sur un même terrain, un virus atténué et le virus type évoluent parallèlement en gardant leurs caractères propres.

M. Andouard rapporte des expériences desquelles il résulte que le cuivre n'est pas à redouter dans les vins fabriqués avec des raisins secs préservés du mildew par des *aspersions de liquides cuivriques.*

M. Bourquelot, étudiant la *constitution du grain d'amidon*, montre que ce corps n'est formé ni d'une espèce, ni de deux espèces chimiques, comme on l'a pensé jusqu'à présent, mais d'un nombre plus considérable d'hydrate de carbone.

La section d'anatomie et zoologie présente la liste suivante de candidats à la place devenue vacante par suite du décès de M. Charles Robin : En 1re ligne, M. Dareste ; — en 2e ligne, ex æquo, MM. Filhol, Perrier et Ranvier ; — en 3e ligne, ex æquo, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

M. Ranvier a été élu dans la séance du 24 janvier.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 janvier 1887. — Présidence de M. Grimaux.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Chauveau lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Paul Bert, ancien président de la Société.

M. le Président félicite M. Chauveau dont le discours est très applaudi et prononce en quelques mots l'éloge funèbre de M. P. Bert.

M. A. Robin répond à quelques objections qui avaient été présentées par M. Leduc à la théorie qu'il a émise et au traitement qu'il emploie dans les fièvres.

M. Dastre dit que, puisque la méthode employée par M. Robin a pour but effectif d'activer les oxydations, il doit nécessairement s'ensuivre une élévation de température. Cette élévation a-t-elle été notée par l'auteur?

M. A. Robin, bien que ses recherches n'aient pas spécialement porté de ce côté, croit plutôt pouvoir répondre qu'il y a abaissement. Peut-être faut-il tenir compte de l'action des agents infectieux sur le système nerveux cérébro-spinal.

**

M. R. Blanchard remet deux notes de M. Debierre: *Sur un merlan hermaphrodite; — sur le développement différent du côté droit et du côté gauche du corps.*

M. Déjerine remet une note de M. de Varigny sur *les particularités de la constitution cardiaque chez le Carcinus mœnas.*

M. Bourquelot complète sa communication sur l'action de la salive sur les grains d'amidon en notant les phénomènes que l'on observe aux diverses températures.

M. d'Arsonval expose le dispositif spécial qu'il emploie pour enregistrer les quantités d'oxygène excrétées par un animal maintenu en vase clos.

Il remet deux notes de M. Charpentier (de Nancy); *Théorie des disques rotatifs; — Nouveaux faits relatifs aux excitations lumineuses de courte durée.*

M. Gley remet une note de M. Macé (de Nancy) sur les glandes périanales phosphorescentes des Géophiles.

Elections : M. Périer est élu membre titulaire de la Société. Gilles de La Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 *janvier* 1887. — Présidence de M. Sappey.

Suite de la discussion sur le salicylage.

M. Vallin, au nom de la commission chargée d'étudier toutes les questions relatives au salicylage, donne lecture des conclusions suivantes : Il est établi, par l'observation médicale, que les doses faibles mais journalières et prolongées d'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives. En conséquence l'addition d'acide salicylique et de ses dérivés, même à des doses faibles, dans les aliments solides et liquides, ne saurait être autorisée.

M. Constantin Paul croit que les faits observés, depuis ces dix dernières années, ne permettent pas de conclure au danger du salicylage. Nul doute, en effet, que si le salicylage était dangereux, les accidents ne soient extraordinairement nombreux. M. Berthelot lui attribue la dyspepsie; d'autres le proclament dangereux chez les alcooliques, chez les femmes enceintes... Il y a là une exagération que contredisent les faits de tolérance réelle. Les conclusions de la commission sont donc excessives, dangereuses, en ce sens qu'au lieu de laisser au public des aliments légèrement salicylés on lui donnera des aliments gâtés. Dans l'espèce il importe de réprimer non l'usage de l'acide salicylique, mais l'abus.

M. Vallin reconnaît que les accidents dus à l'ingestion d'aliments salicylés sont rares ; cela tient à ce qu'on ne les recherche pas toujours avec un grand soin. Bien plus, si on tolère une certaine quantité d'acide salicylique, on créera un encouragement au salicylage avec toutes ses conséquences.

M. Constantin Paul est d'avis qu'on n'a pas démontré la réalité de tous les accidents provoqués par le salicylage.

M. Vallin estime, au contraire, que ces accidents sont moins rares que ne semble l'admettre M. C. Paul et que, si l'Académie se montre favorable au salicylage, ces mêmes accidents ne tarderont pas à s'accroître.

M. Brouardel fait observer, qu'en thérapeutique, il est aisé de reconnaître les accidents dus à l'ingestion de l'acide salicylique, mais qu'il est malaisé de les dépister en temps ordinaire. Néanmoins, étant donnée l'élimination salutaire de l'acide salicylique par les reins, M. Brouardel appelle l'attention sur les maladies rénales en faisant observer que sur 300 autopsies de mort subite, il en a relevé 150 relatives à des malades dont les reins étaient altérés et dont les artères étaient scléreuses.

Les *conclusions* de la Commission sont mises aux voix et adoptées.

M. Montefusco (de Naples) lit un travail sur la *thermométrie locale dans la variole* qu'il résume dans les conclusions suivantes: 1° dans la variole, il existe à la région splénique un accroissement constant de la température, comparativement avec celle de la région hépatique et des parois abdominales. 2° Dans quelques cas, pendant qu'on remarque l'accroissement de la température locale à la région splénique, celle de la région du foie est diminuée de plusieurs dixièmes de degré et même plus. Chez un seul malade, la température de la région hépatique fut plus élevée que celle de la région splénique; mais dans ses observation successives faites sur le même malade, on constata l'augmentation de la température locale à la région splénique et la diminution de la température à la région hépatique. 3° L'augmentation de la température locale sur l'aire de la rate existe dans les cas de tumeur splénique plus ou moins considérable, de variole confluente, de variole discrète et de varioloide. 4° L'augmentation de la température locale de la région de la rate est plus élevée d'un degré dans la période d'invasion de la variole; souvent, mais non constamment, elle atteint un degré aussi élevé dans la période de suppuration et parfois lors de la dessication des pustules. 5° La température splénique subit les mêmes oscillations que la température générale de l'organisme ; elle se présente le soir plus élevée que le matin, souvent dans les mêmes proportions que la température axillaire. Dans quelques cas, on constate le contraire : la température du matin est plus élevée que celle du soir. 6° Entre la température locale de la région splénique et la température axillaire, il n'existe aucun rapport constant.

M. Thomas Caraman lit un travail relatif à un *miel eucalypté* que secrètent les abeilles noires de Tasmanie au sommet d'eucalyptus gigantesques.

L'Academie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Joannès Chatin, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. Sont présentés : en première ligne, M. Prunier ; en deuxième ligne, ex æquo, MM. Marty et Moissan ; en troisième ligne, ex æquo, MM. Beauregard, Petit et Yvon. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 *juillet* 1886. — Présidence de M. Cornil.

16. Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale diffuse ;
Par Bourneville et Pilliet.

Sommaire. — *Idiotie : crises convulsives; contractures ; gâtisme; marche, parole, mastication nulles. Mort.*

Autopsie. — Broncho-pneumonie ; sclérose interstitielle et parenchymateuse diffuse subaiguë des deux hémisphères ; atrophie prononcée des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière.

Reb..., Emile, né à Voreppe (Isère), le 24 novembre 1874, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 3 février 1886 et il y est mort le 20 février suivant.

Les *renseignements*, fort incomplets ont été fournis par une personne chez laquelle la *mère* de l'enfant était femme de ménage. Elle y est restée deux ans, et en est sortie malade, fatiguée, pour se rendre dans son pays; durant son séjour, elle n'a jamais eu de maladie ; elle n'avait pas d'habitudes d'intempérance; elle était très intelligente.—Le *père* était intelligent, sobre et rangé ; la mère aurait dit souvent qu'il n'y avait pas d'idiots dans sa famille. — Elle a un autre enfant, ouvrier gantier, qui serait intelligent. Souvent elle a répété que son enfant n'était pas né tel qu'il était, mais, que son idiotie était survenue à la suite d'une maladie, à deux ans.

Lorsque la mère est entrée au service de M. J..., *notre malade* avait 9 ans ; il ne pouvait ni marcher, ni parler ; il poussait des cris inarticulés; ne connaissait pas sa mère ; passait ses journées couché ou assis sur une chaise ; ne pouvait manger seul ; était gâteux. Il avait souvent des attaques (?) pendant lesquelles les membres se tordaient et qui se terminaient par l'apparition d'écume aux lèvres. Pendant deux ans, son état est resté à peu près le même.

Etat actuel (février). *Tête* volumineuse, symétrique, le

front est droit et assez haut, les cheveux châtain-clair. Il n'y a sur le cuir chevelu, ni croûtes, ni cicatrices; les sourcils sont châtains et peu fournis ; les yeux gris bleus; le nez est droit et régulier; les oreilles sont larges, très décollées, l'ourlet est développé; la conque prononcée. La *dentition* est irrégulière ; les dents sont crénelées dans le sens vertical. Voici les dimensions de la tête :

Diamètre longitudinal maximum	145
Diamètre transverse maximum.	164
Circonférence.	49
Trajet bi-auriculaire	33
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe. .	34

Le *cou*, le *thorax* sont très grêles, les fausses côtes évasées; l'*abdomen* est peu développé. Les *bras* sont atrophiés dans toute leur longueur; il y a chute du poignet et *griffe* du médian surtout accusée à gauche. L'attitude normale peut être rétablie sans trop d'efforts ; les deux avant-bras sont fléchis à angle droit sur les deux bras, et les fléchisseurs, en contracture, offrent plus de résistance à droite qu'à gauche. Il en est ainsi depuis l'entrée du malade. Les mouvements provoqués de l'épaule dénotent une contracture légère, mais facile à vaincre. Il n'y a pas de mouvements spontanés ; les mains sont sèches, les doigts effilés; la peau est fine et se desquame légèrement.

Les *cuisses* sont fléchies sur le bassin ; les jambes sur les cuisses. On note quelques légères excoriations sur les parties du corps en contact avec le lit; les pieds sont à angle droit sur la jambe, animés de légers mouvements des doigts. Les deux membres inférieurs sont en *contracture* et très amaigris. L'abduction est difficile, les membres se laissent allonger avec peine. — Les *mensurations* comparatives des membres supérieurs et inférieurs, montrent que les *membres du côté gauche* sont atrophiés par rapport à ceux du côté droit.

	Bras droit.	Bras gauche.
A 10 cent. au-dessus du poignet. .	11 cent.	10 cent.
A 10 cent. au-dessous du poignet.	10 —	10 —
Poignet	9 —	9 —
A 10 cent. au-dessus de la rotule. .	17 —	16 —
A 10 cent. au-dessous	14 —	13 —
Cou-de-pied.	11 —	11 —

Il n'y a aucun développement pileux aux lèvres ni aux parties génitales. Le testicule gauche, seul apparent, a le volume d'une petite olive ; léger phimosis ; méat normal.

Nombreux ganglions aux deux côtés du cou, surtout à gauche, avec cicatrices en avant et en arrière du sterno-cléïdo-mastoïdien. — *Escharres* superficielles dans la région lombaire et aux fesses; l'enfant est couché dans le décubitus latéral gauche. Les réflexes cutanés sont exagérés. L'exploration spéciale de chaque sens est impossible.

L'enfant ne manifeste par aucun signe le désir de manger ; il ne prend que des aliments légers et il ne paraît pas savoir mâcher. Ni vomissements, ni rumination, ni diarrhée; gâtisme complet; grincement fréquent des dents. — Reb... ne prononce aucune parole et est incapable de s'aider en quoi que ce soit (habillement, toilette, etc.). Il reste toute la journée dans son lit, dans la position où on l'a mis le matin.

15 *février*. L'enfant est couché dans le décubitus dorsal; les cuisses et les jambes fléchies ; il en est de même pour les avant-bras. Il a les yeux fermés comme s'il craignait la lumière; il refuse son lait; râle trachéal; toux. P. 116 ; T. R. 39°,2.

16 *février*. Hier, il a bu un peu de lait; ce matin, il est dans l'état suivant : les sourcils sont froncés, les paupières fortement fermées. L'œil droit est en strabisme convergent ; les pupilles sont moyennement dilatées. Le sillon naso-labial est accusé des deux côtés, sans irrégularité; la bouche est entr'ouverte; l'expiration s'accompagne presque constamment d'une plainte douce. Râle trachéal ; de temps en temps, l'enfant a quelques secousses d'une toux grasse, pendant lesquelles il projette sa langue hors de la bouche. En avant et en arrière, on entend dans les deux poumons des ronchus disséminés qui couvrent le mouvement respiratoire. Pas de matité. Les inspirations sont assez lentes, saccadées ; pouls petit, serré, rapide, à 124. La nuque est *raide ;* on a noté quelques *cris* durant la nuit du 15 au 16 février. Mâchonnement et grincement des dents par intervalle ; pas d'épistaxis ; pas de vomissements. Ventre plat, rétracté sans diarrhée. L'examen paraît pénible à l'enfant qui contracte ses sourcils et pousse de légers cris. En plus des *contractures* et des *attitudes* fixes déjà constatées à l'entrée, on observe une légère contracture des masséters.— T. R., matin 38°,6. *Soir :* 39°,8. — *Traitement :* Lotions vinaigrées, eau-de-vie allemande 15 gr., sulfate de quinine 0,60 centigr.

17 *février*. Cinq selles verdâtres avec le purgatif; la nuit a été bonne ; l'enfant ne s'est pas plaint; le matin, il est dans le même état et dans la même attitude ; somnolence continuelle, entre-coupée de plaintes, de mâchonnements et de grincements de dents. Pouls 97, irrégulier; respiration irrégulière ; toux fréquente. La température oscille entre 37° et 38°.

18 *février*. Ce matin T. R. 38°,4 ; le malade ouvre les yeux; il tousse beaucoup moins; le mâchonnement est devenu constant. Les deux avant-bras sont beaucoup plus difficiles à étendre qu'il y a trois jours; du côté droit, les mouvements provoqués de l'épaule sont difficiles. La tête est inclinée sur l'épaule droite. Elle peut être ramenée sans trop d'efforts à sa situation normale. D'une manière générale, les contractures paraissent avoir augmenté, les pupilles réagissent mal à la lumière.

19 *février*. Après une nuit calme, le malade a eu ce matin subitement une petite crise. Il est devenu pâle, puis les yeux se sont déviés en haut et à gauche; les ailes du nez se sont pincées ; la bouche était toute grande ouverte sans déviation. Cet état aurait duré 3 à 4 minutes, d'après la surveillante. On n'a remarqué aucune convulsion des membres. — Le malade prend du bouillon et du lait, et refuse les autres aliments. Le mâchonnement est continuel. T. R. Matin : 38°,4. — Soir : 39°,6.

20 *février*. L'enfant est dans un coma profond ; les cornées sont vitreuses, mais encore sensibles. La nuque est raide; exagération manifeste des réflexes cutanés.— Pouls 140, petit, régulier; respiration régulière; T. R. 41°,6. Mort à 8 heures et demie du soir. Aussitôt après la mort; T. R. 42°; — une heure après 40°; — deux heures après 38°,2. — *Poids* après décès, 12 kil. 200.

Autopsie faite le 22 février, à 10 heures du matin. — *Cœur* normal ainsi que le péricarde et l'aorte.— *Poumons* : droit: 180 gr.; gauche: 170 gr. Les *ganglions bronchiques* forment des masses caséeuses assez volumineuses, rétrécissant la lumière des bronches. — Quelques adhérences du poumon droit et entre les deux lobes pulmonaires du côté gauche; pas de granulations dans le poumon, mais une congestion intense et des noyaux de *broncho-pneumonie* dans la partie inférieure du lobe droit.

Abdomen : foie, 645 gr.; quelques adhérences de la face convexe au diaphragme ; rien d'anormal. — *Rate*, 45 gr. , — *Estomac* dilaté; muqueuse saine en apparence, ainsi que celle de l'intestin. Canal thoracique sans dilatation. — *Reins et uretères* normaux, pesant ensemble 130 gr. — *Testicules* égaux, petits. — *Corps thyroïde* sain ; *trachée* normale ; *thymus* persistant.

Tête.— *Cuir chevelu*, rien. *Cou.* — La face convexe de la *calotte crânienne* ne présente pas d'hypérémie. La suture frontale est persistante, mais en voie d'ossification ; les sutures sont normales ; le diploé assez développé ; le crâne symétrique. — Il y a une hypérémie assez prononcée de la face interne. — La base du crâne est symétrique et normale. La quantité de *liquide céphalo-rachidien* est légèrement augmentée. L'*encéphale* pèse 1.145 gr. — La *pie-mère* présente des taches laiteuses des deux côtés de la grande scissure; à la base, elle offre une vascularisation très fine qui est beaucoup plus prononcée à la convexité. La décortication s'opère facilement. — Les artères de la

base sont symétriques, sauf que la communiquante postérieure gauche est un peu plus forte que la droite. Les bandelettes optiques, les tubercules mamillaires, les pédoncules cérébraux, etc., sont symétriques. Cervelet et isthme 170 gr.

Les deux *hémisphères* cérébraux sont égaux ainsi que les hémisphères cérébelleux. — Il n'y a point, dans toutes ces parties, de différence de coloration.

Cerveau. — Hémisphère droit. — Face convexe. — La *première frontale* est sinueuse, bien développée, se termine en s'insérant directement sur la frontale ascendante et en envoyant un pli de passage grêle à la deuxième frontale ; elle est double dans presque toute sa longueur. — La *deuxième frontale*, également large et fortement contournée, envoie à son origine deux plis de passage à la troisième frontale, et cesse brusquement au moment de s'insérer sur la troisième frontale dont elle est séparée par une incisure profonde. — La *troisième frontale*, courte, très flexueuse, s'insère largement sur le pied de la frontale ascendante ; elle offre sur son trajet une incisure moyenne, immédiatement avant cette insertion. La *pariétale ascendante* est très marquée dans sa portion inférieure, se renfle un peu dans son tiers moyen et s'amincit de nouveau dans sa partie supérieure. Le *pli pariétal supérieur* est sinueux et assez gros. — Le *pli pariétal inférieur* est assez gros, mais moins que le premier. — Le *pli courbe* est sinueux, doublé en arrière d'une circonvolution recourbée qui s'anastomose en bas avec l'extrémité de la deuxième temporale. — Le *lobe occipital* est d'aspect assez maigre. — La *scissure de Sylvius* n'est pas très ouverte ; le *lobule de l'insula* a trois digitations très saillantes et reçoit en arrière deux plis de passage de la première temporale. — La *première temporale* envoie à la deuxième un volumineux pli de passage, interrompant la scissure parallèle. — La *deuxième temporale* envoie deux plis de passage à la troisième, qui communique avec la quatrième par deux plis de passage formant une sorte de masse à la partie moyenne. — Les *sillons* qui séparent les circonvolutions frontales, la scissure frontale parallèle, le sillon de Rolando et tous les sillons postérieurs sont sinueux et profonds.

Face interne. — La *première frontale* est sinueuse, assez volumineuse. — Le *lobule paracentral* est bien développé, avec un sillon en Y, et présente deux courbes sinueuses, répondant, l'une à la scissure frontale parallèle, l'autre au sillon de Rolando. — La *circonvolution du corps calleux* est volumineuse, avec des sillons superficiels. — Le *lobe carré* est composé de circonvolutions étroites, assez maigres. — Le *coin* est petit et régulier. — Le *lobe occipital* est formé par des circonvolutions un peu plus volumineuses que sur la face convexe. — Le *lobe orbitaire* est développé. — Les *sillons calloso-marginal, perpendiculaire interne* et la *scissure calcarine*, sont profonds. — La *circonvolution de l'hippocampe* est volumineuse en avant, un peu moins en arrière, à peu près lisse. — La *corne d'Ammon*, le *corps calleux*, la *couche optique*, le *corps strié* ne présentent rien de particulier.

Hémisphère gauche. Face convexe. — La *première circonvolution frontale* est large, bien développée, renflée à son extrémité postérieure, s'insérant sur la frontale ascendante par une portion assez large, rejetée en dedans, vers le lobe paracentral. Elle se dédouble vers le tiers antérieur de son trajet pour fournir un pli assez long et sinueux qui va s'insérer sur la deuxième frontale, près de la terminaison de cette dernière. — La *deuxième frontale* est sinueuse, un peu amincie sur deux ou trois points de son trajet, et a son insertion sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale*, fortement flexueuse, présente également des traces d'amaigrissement léger en quelques points, surtout au niveau de ses courbures. Les trois frontales s'insèrent de niveau sur la frontale ascendante. — La *frontale ascendante*, un peu grêle à sa portion inférieure, se renfle à partir de l'insertion de la deuxième frontale. — La *pariétale ascendante* est grêle également, à son origine et près de sa terminaison. — Le *pli pariétal supérieur* est volumineux, sinueux, avec quelques sillons superficiels. — Le *pli pariétal inférieur* est également volumineux, mais moins sinueux. — Le *pli courbe*, très sinueux, composé de circonvolutions grêles, offre en arrière deux circonvolutions recourbées qui vont se rendre au lobe occipital. — La *première temporale*, très sinueuse, envoie à son origine un pli de passage à la deuxième et deux digitations au fond de la scissure de Sylvius; la *scissure parallèle* est sinueuse et très profonde. — La *deuxième temporale*, également très sinueuse, envoie deux plis de passage à la troisième temporale qui est volumineuse, ainsi que la quatrième, avec laquelle elle communique par un pli de passage assez large. — Le *lobule de l'insula* se compose de trois digitations tortueuses et un peu moins saillantes que celles du côté droit. — Les scissures frontales, la Rolandique, la scissure de Sylvius, etc., sont, en général, très profondes et flexueuses. — Le *lobe orbitaire* présente à peu près la même disposition que du côté opposé.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est volumineuse, dédoublée dans presque tout son parcours. — Le *lobule paracentral* est curviligne, avec un petit sillon droit, et une seule encoche due au sillon de Rolando. — Le *lobe carré* est étroit, le *coin* un peu plus gros qu'à droite. — Le *lobe occipital* est composé de circonvolutions maigres. — La circonvolution de l'hippocampe est assez volumineuse, non plissée. — La *circonvolution du corps calleux*, le *ventricule latéral*, la *couche optique*, n'offrent rien de particulier. — Les *scissures* de cette face interne sont également profondes et en général assez sinueuses.

Il existe sur la portion la plus convexe des circonvolutions quelques *adhérences*, la partie la plus superficielle de la substance grise a été enlevée avec la pie-mère. Ces adhérences sont surtout marquées sur les faces latérales des deux côtés, on en trouve aussi sur les lobes frontaux et occipitaux ; mais elles sont beaucoup plus restreintes.

L'*examen histologique* a été fait au laboratoire des travaux pratiques de la Faculté. Le cerveau avait été durci par l'alcool, la moelle par le liquide de Muller ; des coupes ont été faites en différentes régions, tant à gauche qu'à droite, sur chaque hémisphère.

La première frontale gauche, à sa naissance, montre un certain nombre de corps granuleux répandus dans la substance blanche et qui se colorent en noir sur une coupe exposée aux vapeurs d'acide osmique. On voit aussi de fines gouttelettes graisseuses exister dans la substance grise. Sur des coupes colorées, on constate que la vascularisation paraît normale ; les cellules nerveuses sont nombreuses, disposées en séries; beaucoup ont leur forme pyramidale et des prolongements nets. En somme, les cinq couches de la substance grise ne présentent pas de lésions nettes ; la substance blanche offre des lésions de désintégration.

Sur le milieu de cette *première frontale* gauche, la substance blanche a le même aspect ; les corps granuleux y sont nombreux, le tissu est sillonné par des bandes fibrillaires nombreuses qui rayonnent dans la substance grise. Du côté de celle-ci, les lésions sont les mêmes pour les cinq couches ; la vascularisation est exagérée ; les capillaires, au lieu de s'enfoncer tout droit dans la substance grise s'y ramifient, la morcellent ; l'aspect normal des cellules nerveuses placées bout à bout n'existe plus dans les couches moyennes ; les cellules nerveuses, surtout dans la couche des petites cellules pyramidales (2e couche de Meynert), sont devenues rares ; pourtant les grandes cellules existent encore, mais nulle part elle ne sont groupées par *nids* comme on les trouve à l'état normal dans les régions motrices, ainsi que l'a indiqué Betz ; elles sont, au contraire, assez clair-semées. D'autre part, les cellules interstitielles à petits noyaux sphériques ne paraissent pas multipliées dans la substance grise, mais le sont évidemment dans la substance blanche.

La coupe d'une *circonvolution du lobe occipital gauche* à la face externe de l'hémisphère, au-dessus du corps calleux, montre la substance grise un peu réduite d'épaisseur, mais

avec ses couches reconnaissables. Il existe un certain nombre de foyers de désintégration assez pauvres en cellules, où presque toute la trame de l'écorce grise s'est enlevée avec la pie-mère, ou est tombée. Le réseau fibrillaire de la névroglie y est comme tassé, ces foyers se colorent plus vivement par les réactifs, mais les mailles très larges de la névroglie circonscrivent un grand nombre de vacuoles, d'espaces vides, qui constituent de véritables pertes de substance. Ces foyers interrompant la disposition des fibres nerveuses qui gagnent la substance blanche, comprennent en général les trois premières couches de l'écorce. On les retrouve dans la plupart des cerveaux en voie d'atrophie ; ils nous paraissent constituer une ébauche, un début microscopique, de ce qu'ont décrit MM. Bizzozero et Golgi, sous le nom de *porose cérébrale*. Dans la substance blanche, il n'y a que peu ou pas de corps granuleux, mais toute la ligne de transition, entre les deux substances, est infiltrée d'une quantité considérable de petites cellules interstitielles. Il y en a moins dans la substance blanche elle-même.

L'*hippocampe* du côté gauche a les mêmes lésions que la première frontale ; il existe des foyers de désintégration dans la substance grise, des amas considérables de corps granuleux dans la blanche. Les cellules géantes de la région sont éparses au milieu de la névroglie, leurs dimensions sont au-dessous de celles qu'on s'attend à rencontrer là ; la ligne de grandes cellules du corps bordant ne paraît pas altérée.

La lèvre inférieure de la *scissure de Sylvius droite* a aussi une vascularisation très prononcée, beaucoup plus accusée que partout ailleurs ; les cellules interstitielles paraissent abondantes ; à part cela, l'aspect est également le même que dans les régions motrices gauches. La *première frontale et le lobe occipital droits* sont à peu près semblables aux gauches sur les points correspondants. Sur le *cervelet*, examiné du côté gauche, on trouve une raréfaction des éléments nerveux de la couche des cellules de Purkinje ; une diminution d'épaisseur de la couche des myélocytes, et un certain degré de sclérose de la substance blanche, parsemée de corps granuleux.

La *moelle cervicale* a ses parties symétriques, mais il y a *disparition à peu près complète des cellules motrices* dans les deux *cornes antérieures* Il existe encore des cellules nerveuses en assez grand nombre dans les cornes postérieures. Les cordons blancs ne présentent qu'une lésion diffuse, un épaississement du tissu interstitiel qui se colore fortement par le carmin. Cet aspect de *sclérose diffuse* est bien plus accentué sur les cordons blancs de la *moelle lombaire* ; de plus, les cornes antérieures, symétriques, contiennent un certain nombre de grandes cellules, relativement très peu abondantes, se colorant mal par le carmin. Il y en a beaucoup moins encore dans les cornes postérieures.

Sur des fragments du *biceps gauche*, on voit de l'épaississement des grosses travées conjonctives qui cloisonnent le muscle, les petites travées ne sont pas modifiées. Les faisceaux musculaires eux-mêmes ne paraissent pas altérés.

I. Nous n'avons pu recueillir que des renseignements tout à fait vagues sur les antécédents *héréditaires* et *personnels* de ce petit malade. De plus, il est mort moins d'un mois après son entrée. Aussi n'aurions-nous pas publié son Observation si elle n'avait présenté un intérêt réel au point de vue anatomo-pathologique.

II. Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons vu que, dans l'encéphale, il existe une *inflammation chronique* (encéphalite) à différents degrés ; dans la moelle, le même processus paraît plus avancé encore, et l'atrophie des éléments nerveux portée très loin. Ces lésions sont générales et diffuses. Il n'y a nulle part d'état pigmentaire des cellules, ni rien d'analogue à l'état hyalin si développé que l'on observe à la période de tuméfaction des cellules dans la paralysie générale.

L'atrophie des circonvolutions et de la moelle résulte donc de l'atrophie des éléments nerveux eux-mêmes et est masquée en partie à l'œil nu par la prolifération scléreuse. Ce processus paraît s'être fait d'une façon chronique pour l'ensemble et subaiguë sur certains points diffus ; ce qui coïncide avec la prédominance de quelques symptômes à gauche. Malgré l'atrophie plus marquée du côté gauche du corps, il n'y a pas de lésions en foyers à droite, ceci n'est pas rare dans les cas semblables. Les lésions assez légères d'ailleurs observées du côté des méninges, les adhérences de la pie-mère, sont beaucoup trop faibles pour pouvoir rendre compte des phénomènes observés et sont évidemment consécutives aux désordres de la substance grise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 janvier 1887.—PRÉSIDENCE DE MM. HORTELOUP ET LANNELONGUE.

M. HORTELOUP remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant président et invite M. Lannelongue à venir occuper le fauteuil présidentiel.

M. LANNELONGUE, dans une courte allocution, montre le rôle de la Société de chirurgie dans la science à l'heure actuelle.

M. KIRMISSON, à propos du procès-verbal, fait connaître à la Société le résumé de cinq cas de *plaies de l'abdomen par balles de revolver, avec plaies de l'intestin traitées par la laparotomie*, dont la relation détaillée a paru dans un journal anglais il y a peu de temps. L'un d'eux est très intéressant : Plaies de l'intestin grêle, du côlon, du mésocôlon, hémorrhagie dans le petit bassin, laparotomie deux heures et demie après l'accident, guérison.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Léon DUFOUR, médecin militaire, intitulée : *Amputation des deux avant-bras chez un enfant de douze ans, pour écrasement.* C'est encore là un exemple d'une grave opération, réussissant facilement chez un enfant et à la campagne.

M. TERRIER fait un rapport sur une note de M. DUDON, chirurgien et professeur agrégé à Bordeaux, intitulée : *Sur un point de technique dans les opérations plastiques portant sur le voile du palais.* Il a remplacé, dans deux cas d'uranoplastie, la suture à points séparés du P[r] Trélat par la ligature rubanée, mais il est obligé d'aviver les bords de la perte de substance d'une façon un peu différente.

M. TRÉLAT affirme que son procédé est de beaucoup préférable.

M. LE DENTU est de l'avis de M. Trélat ; le difficile, c'est d'opérer sous l'hémorrhagie, et le procédé indiqué par M. Dudon est loin de constituer un progrès. La suture lui paraît bien plus simple, pourvu qu'on ait les instruments appropriés.

M. TERRIER pense que le procédé employé par M. Dudon peut rendre des services quand on est dépourvu d'instruments spéciaux.

M. WEISS (de Nancy) lit l'observation d'un malade qui présenta un *abcès sublingual dû à l'évolution de la dent de la sagesse*. Il fallut faire la *trachéotomie* en raison du gonflement du cou et de la gêne respiratoire et ouvrir ensuite le petit abcès sublingual au thermocautère (voie sus-hoïdienne médiane) quand tout danger d'asphyxie eut disparu. Il y avait en même temps un abcès situé en-dedans de la branche montante du maxillaire inférieur, abcès qui s'ouvrit spontanément dans la cavité buccale. Aucune communication entre ce dernier abcès et l'abcès sublingual, qui était très petit, comme une noisette. M. Weiss retrace l'histoire de ces abcès sublinguaux et insiste sur le gonflement énorme de la région sus-hoïdienne et de la langue, dans ces cas, malgré le faible volume de la collection purulente. Les accidents d'asphyxie n'étaient pas dus à l'œdème de la glotte, mais à l'obstruction mécanique de cet orifice par la langue devenue énorme. Le malade a guéri.

M. DESPRÉS cite deux observations analogues : 1° Etudiant en médecine, 26 ans ; difficulté de l'éruption de la dent de sagesse, abcès sous-périostique de la branche montante du maxillaire, gonflement énorme du cou, trachéotomie ; mort par infection. A l'autopsie, pas d'abcès sublingual. 2° Garçon boucher, éruption difficile de la dent de sagesse, gonflement énorme sous-maxillaire, incision d'un abcès voisin de la dent en question. M Després croit que la cause du gonflement du cou dans le cas de M. Weiss était, non pas le petit abcès sublingual, mais l'abcès voisin de la dent ; c'était à cet abcès qu'il fallait s'attaquer et la trachéotomie aurait été inutile peut-être.

M. MAGITOT recommande dans ces cas d'enlever la dent de sagesse, car, toujours, quelle que soit la constriction des mâchoires, on peut ouvrir la bouche (chloroforme, instruments

spéciaux); mais, quand la dent de sagesse est cariée, il reconnaît qu'il est plus difficile de l'enlever.

M. Trélat lit deux observations: 1° *Grand kyste hydatique du foie, laparotomie, mort par pleurésie 3 mois après.* Chemin faisant, M. Trélat montre que c'est là la meilleure façon de traiter ces kystes, car cette méthode de large ouverture des kystes permet de les vider très facilement. Dès lors, ils reviennent rapidement sur eux-mêmes par une rétrogradation insensible qu'il a pu suivre nettement dans le cas qu'il rapporte. 2° *Hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus au début.* Il a fait trois fois cette opération. 1er cas: guérison; 2e cas: mort dans état comateux le 5e jour, température n'ayant jamais monté au-dessus de 38°,4; 3e cas: femme de 47 ans, cancer utérin datant de 3 mois, épithélioma du col localisé, bonnes conditions opératoires; pendant l'opération, perforation large de la vessie; guérison avec fistule vésico-vaginale. Opération nouvelle pour fermer cette fistule, et, pendant l'opération, perforation du cul de sac péritonéal. Oblitération de cette perforation par suture péritonéale et oblitération de la fistule vésico-vaginale. Guérison définitive à l'heure actuelle.

M. Le Dentu présente des *calculs rénaux* qu'il a enlevés.

M. Terrillon présente une malade atteinte de rhumatisme de l'omoplate avec craquements. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 janvier 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. C. Paul présente à la Société l'appareil qu'il a fait construire pour administrer les injections rectales gazeuses. Il y introduit 8 grammes d'acide tartrique et 20 grammes d'acide carbonique qui donnent 6 litres d'acide carbonique non mélangé d'air. Un manomètre permet de constater la quantité de gaz qui reste dans l'appareil.

Répondant à M. Cadet de Gassicourt qui lui demande à quelle pression sont données les injections, le présentateur dit que cette pression n'est autre que celle qui existe dans le barboteur. A moins que le rectum ne soit rempli de matières solides ou que la canule s'applique contre la paroi de l'intestin, la pression nécessaire est toujours relativement faible.

M. Cadet de Gassicourt pense que la sensation particulière fournie par la poire à injections permet d'éviter les inconvénients inhérents à un appareil qui agit automatiquement.

M. Bardet dit que dans l'appareil de Morel(1), comme dans celui de M. C. Paul, la pression s'exerce en amont du barboteur. Il peut en résulter un excès de pression lorsqu'un obstacle vient à être vaincu et cet accident est douloureux pour le malade.

M. C. Paul n'a jamais vu ces accidents se produire avec son appareil, étant donné surtout les soins de construction apportés à la vis micrométrique qu'il emploie.

Le même auteur a employé la terpine préparée de la façon indiquée par M. P. Vigier, c'est-à-dire 1 gramme dissous dans 20 grammes de glycérine, afin d'éviter l'emploi de l'alcool, dont il faut plus de 50 grammes pour dissoudre 1 gramme du médicament. Mais il a pu s'assurer qu'il était nécessaire de prescrire 30 grammes de glycérine au lieu de 20, afin d'éviter la coagulation en masse de la préparation.

M. P. Vigier répond que M. C. Paul n'a probablement pas eu connaissance du dernier article qu'il a publié au sujet de cette préparation. Il faut toujours ajouter un peu d'alcool à la glycérine si l'on veut que la solution reste limpide. Il emploie la formule suivante:

Glycérine.	4 grammes.
Alcool à 95°	2 —
Terpine	0 gramme 50 cent.

ou encore:

Elixir de Garus. . . .	20 grammes.
Terpine	0 gramme 25 cent.

M. Bardet emploie ainsi que M. Dujardin-Beaumetz la terpine en pilules ou en cachets; elle se dissout très bien dans l'estomac.

M. P. Vigier rappelle qu'il y a plus de 20 ans, il a reconnu que le talc ajouté à l'eau des chaudières empêchait les incrustations calcaires. Il est facile aux mécaniciens de connaître la quantité d'eau employée et par conséquent la quantité de talc, puisqu'on sait qu'il faut 7 kgr. de charbon pour évaporer 1 mètre cube d'eau, et que la quantité de talc doit être le 10e du titre hydrotimétrique de l'eau employée. Il recommande ce procédé aux pharmaciens pour éviter les incrustations de leurs étuves et bain-marie. Enfin, partant du même principe, il a fait préparer une poudre dentrifice composée de stéatite (talc) de bitartrate de potasse, d'alun et de cochenille.

M. C. Paul emploie contre le tartre dentaire un mélange de ciment réduit en poudre impalpable, de borax et d'une matière colorante, après avoir remarqué que les ouvriers cimentiers avaient constamment les dents fort blanches.

Gilles de la Tourette.

(1) Voir plus loin, p. 97.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Leçons de thérapeutique; par le professeur G. Hayem, 1887. — G. Masson, éditeur.

II. Eléments de thérapeutique et de clinique dosimétriques; par le Dr d'Oliveira Castro; traduits du portugais, par E. Gras. — Paris, 1886.

III. Du convallaria maïalis; par A. Langlebert. — Paris, 1886. — G. Carré, éditeur.

IV. Etudes de thérapeutique expérimentale; par Antoine de Störck, traduction, introduction et notes par le Dr H. Pilbvache. Paris, 1887. — J.-B. Baillière et fils.

V. Injection de médicaments gazeux dans le rectum Par M. le Dr Bergeon.

I. Ce volume est constitué par l'ensemble des leçons de thérapeutique que M. Hayem a professées à la Faculté dans l'année 1886. L'auteur y aborde l'étude des *grandes médications*. La médication, suivant sa définition, ne doit être que l'adaptation d'une action médicamenteuse à un but particulier: ce but n'est autre chose que la notion de l'*élément morbide*.

La maladie, quelque complexe qu'elle puisse être dans son expression organique et symptomatique, est une, même lorsqu'elle n'est pas nettement individualisée à la façon de la maladie spécifique. Mais cette maladie est caractérisée par des désordres matériels ou tout au moins par des états dynamiques, se révélant par des phénomènes objectifs ou subjectifs qui en sont les *expressions*, lesquelles, en se succédant dans un certain ordre, constituent l'évolution de la maladie. Tous ces faits et phénomènes d'ordre pathologique (états morbides ou processus, actes, syndromes ou symptômes), lorsqu'ils sont bien caractérisés et définis, sont les *éléments constitutifs* de la maladie. Ainsi, la fièvre, l'adynamie, la douleur, sont autant d'éléments morbides. Ces éléments représentent en réalité la maladie elle-même; si l'on en tire des indications thérapeutiques, on mettra en œuvre le traitement de ces maladies et non la médication correspondant à leurs éléments constitutifs.

Partant de ces principes, M. Hayem étudie les différents moyens mis en œuvre pour remplir les indications tirées des éléments morbides communs. Ces moyens constituent des procédés thérapeutiques que l'on peut ranger en sept groupes: action psychique, action locale, action médicamenteuse, action germicide, action trophique, opérations.

La première médication décrite par le professeur est la *médication désinfectante*, qui s'attaque à l'élément infection. Tous les agents germicides sont scrupuleusement passés en revue, et leur étude est précédée d'un chapitre de pathologie générale sous les différentes formes d'infections (infection générale ou locale, primitive ou secondaire).

Puis, viennent la *médication sthénique*, qui s'adresse à l'élément morbide adynamie; la *médication antipyrétique*, contre l'élément fièvre; et enfin la *médication antiphlogistique*, contre le processus inflammatoire.

II. Important ouvrage de thérapeutique dosimétrique, dans lequel les partisans de cette méthode trouveront toutes les indications nécessaires pour pouvoir en faire l'application. Les recherches sont facilitées par un mémorial des maladies et des principaux éléments morbides, avec l'indi-

cation des principaux médicaments dosimétriques correspondants les plus utiles.

III. Ce petit opuscule renferme l'histoire complète du *Convallaria maïalis* (historique) pharmacologie, thérapeutique). Un certain nombre d'observations cliniques viennent témoigner des bons effets que l'on obtient, dans certains cas, à l'aide de ce médicament cardiaque.

IV. Antoine de Störck fut un célèbre médecin allemand du XVIIIe siècle (1731-1803), qui ne craignit pas d'instituer des expériences hardies sur l'homme avec plusieurs plantes toxiques, le stramoine, la jusquiame, l'aconit, la ciguë, le colchique, la clématite, la fraxinelle, la pulsatile. M. le Dr Piedvache a fait des œuvres de cet auteur une traduction extrêmement claire que liront avec profit tous ceux qu'intéresse l'étude rétrospective de la thérapeutique.

V. Cette méthode thérapeutique est basée : 1° Sur ce principe de physiologie établi par Claude Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances même toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée ; 2° Sur ce fait d'observation



APPAREIL MOREL POUR INJECTIONS RECTALES GAZEUSES.

Fig. 7. — **Production du gaz acide carbonique.** — Mettre dans le flacon gazogène **A, trois** grandes cuillerées environ de bi-carbonate de soude, fixer le bouchon en caoutchouc sur le flacon, fermer le robinet **B**, remplir le ballon **C** d'une solution d'acide sulfurique dilué (200 grammes d'acide sulfurique pour un litre d'eau), rouler le sac **I** pour chasser l'air ; à ce moment, ouvrir légèrement le robinet **B**, le gaz acide carbonique se produit et chasse l'air atmosphérique contenu dans le flacon **A** ; relier alors le robinet **H** au tube coudé **E**, et ouvrir de nouveau le robinet **B**. Le dégagement du gaz acide carbonique se fait aussitôt et il est facile de le modérer en fermant plus ou moins le robinet **B**. Le sac **I** étant gonflé, le détacher rapidement du tube en caoutchouc et fermer le robinet **H**. La solution d'acide sulfurique dilué et le bi-carbonate de soude que nous recommandons pour la préparation de l'acide carbonique est préférable à toute autre.

qu'un courant de gaz carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans

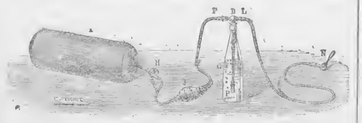


Fig. 8. — **Injection du gaz acide carbonique chargé de principes médicamentaux.** Le sac à gaz **I** étant rempli, ajuster le tube noir de la poire **J** au robinet **H** et ouvrir ce dernier, adapter le tube rouge sur la grande branche **F** du barboteur **D**, fixer celui-ci sur la bouteille **G**, pleine au 3/4 d'eau minérale ou de liquide médicamenteux prescrit par le médecin. Ajuster sur la petite branche **L** du barboteur le long tube en caoutchouc portant à son extrémité une canule coudée **N**. Presser alors alternativement la poire **J** : l'acide carbonique est aspiré dans la poire et lancé à travers le barboteur **DP**, jusqu'au fond du liquide médicamenteux ; s'étant chargé des principes à injecter, il s'accumule à la surface du liquide et s'échappe par la petite branche **L** pour aller au rectum. Si au lieu de faire barboter le gaz acide carbonique dans un liquide médicamenteux, on veut le faire passer sur des poudres médicinales ou des essences, verser dans le tube en verre **T** (*fig.* 7) entre deux tampons de coton l'agent médicamenteux. Dans ces cas particuliers, et afin que l'injection soit mieux tolérée, nous recommandons de laver le gaz acide carbonique : pour cela, on disposera l'appareil comme dans la figure 8 et on remplacera la bouteille d'eau minérale **G** par une bouteille d'eau ordinaire. On reliera alors avec un tube en caoutchouc la petite branche **L** du barboteur avec l'une des extrémités **V** du tube en verre **T**, et sur l'autre extrémité **D** on fixera le tube en caoutchouc portant la canule **N**. L'injection rectale doit être faite matin et soir, au moins trois ou quatre heures après les repas.

provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

Entre les mains de M. Bergeon, cette méthode aurait donné d'excellents résultats, en particulier dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Voici les phénomènes produits par un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sulfureuse, et introduit dans le rectum deux fois en 24 heures : 1° diminution allant jusqu'à la suppression totale de la toux ; 2° modification profonde comme qualité et comme quantité de l'expectoration ; 3° suppression des sueurs ; 4° relèvement de l'état général, et cela, non seulement dans la phtisie au début, mais dans la phtisie confirmée. Ajoutons que l'observation quotidienne et l'auscultation auraient permis à l'auteur de constater la disparition progressive des râles humides.

Dans l'administration des injections gazeuses, on devra s'entourer des précautions suivantes : Le gaz CO^2 devra être aussi pur que possible et sera recueilli dans un excipient préalablement très expurgé d'air. L'injection sera faite avant le repas ou trois heures après. On fera usage d'instruments assez sensibles pour que le médecin se rende toujours un compte exact de la pression qu'il exerce sur l'intestin ; sous ce rapport, un des élèves de M. Bergeon, M. le Dr Morel, a fait construire un appareil (1) qui permet de pratiquer l'injection dans les meilleures conditions désirables (*fig.* 7 et 8).

On se servira de préférence de l'eau des Eaux-Bonnes ou de Challes. On fera passer le contenu entier du réservoir à gaz CO^2 dans une demi-bouteille d'eau, pour faire l'injection.

D'après M. Bergeon, la phtisie ne bénéficierait pas seule de cette méthode curative. L'asthme, la coqueluche, la bronchite, le catarrhe pulmonaire subiraient une amélioration rapide.

Il est difficile de juger cette méthode pour le moment. Si, d'une part, entre les mains de quelques médecins, parmi lesquels nous citerons MM. Chantemesse, Vuillet, Garel, Queyrel, elle a semblé donner de bons résultats, il en est d'autres qui n'ont constaté qu'une amélioration absolument transitoire à la suite de son application, et qui n'ont même pas pu déceler la présence de l'hydrogène sulfuré dans l'air expiré, malgré l'administration rigoureuse de la méthode.

F. BOTTEY.

CORRESPONDANCE

Arrêté modifiant l'entrée en fonctions des internes en médecine.

Paris, le 21 janvier 1887.

Monsieur le Directeur,

Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien faire insérer dans votre plus prochain numéro la note suivante qui intéresse MM. les Elèves Internes et Externes en médecine des hôpitaux et hospices :

L'article 76 du règlement sur le service de santé a été révisé par arrêté préfectoral du 20 décembre 1886. Par application de cet article révisé, la date de l'entrée en fonctions des Elèves Internes et Externes en médecine a été fixée dorénavant au 1er février au lieu du 1er janvier. Cette mesure devant recevoir son exécution dès cette année, MM. les Internes et Externes nommés à la suite des Concours qui viennent d'être clos, prendront le 1er février prochain les services pour lesquels ils auront été désignés.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, d'agréer, avec tous mes remerciements, l'assurance de ma considération la plus distinguée. — Pour le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, *Le Secrétaire général*,

BARBIER.

Cette mesure nous paraît très regrettable, et nous en donnerons prochainement les raisons.

(1) V. Morel. — *Nouveau traitement des affections des voies respiratoires*, etc... Masson, édit., 188[illegible]. — Cet appareil est en vente chez M. Dubois, fabricant d'instruments de chirurgie, 21, rue Monsieur-le-Prince.

THÉRAPEUTIQUE

Vieux remèdes et vieilles doctrines.

Il est des médicaments qui ont tenu dans la médecine des générations précédentes une place importante, tandis que, de nos jours, ils occupent à peine l'attention du médecin. Aujourd'hui que nous sommes familiarisés avec les grands médicaments, avec les alcaloïdes, nous ne faisons foi, dans le traitement des maladies, que sur les substances actives. Les antiphlogistiques anodins, les émollients, sont abandonnés aux empiriques ou au public, et les affections bénignes,dont ils constituent la médication, sont traitées par l'expectation, c'est-à-dire par l'abstention. Faut-il donc considérer ces moyens comme inutiles, et, dans les indispositions ou dans les maladies qui doivent guérir d'elles-mêmes, est-il superflu d'intervenir ? Alors même qu'il en serait ainsi, rigoureusement, ce que nous ne pensons pas, il faudrait encore tenir un juste compte des exigences des malades.

Sans accorder aux antiphlogistiques l'importance que leur attribuait la doctrine de Broussais, il n'en est pas moins vrai que les indications de ces moyens thérapeutiques sont les plus fréquentes de toutes, et que, en pratique, les médicaments anodins sont peut-être les plus indispensables. Cependant, on doit faire à certaines de ces préparations quelques reproches mérités. On nous a enseigné, dans ces dernières années, quelle influence désastreuse pouvait avoir l'abus des liquides chez les dyspeptiques, et nous savons que le régime sec fait partie de la cure de la dilatation de l'estomac, qui n'est, à proprement parler, dans la plupart des cas, que de la dyspepsie avec atonie ou flaccidité du ventricule. Nous devons être plus économes que nos devanciers des tisanes émollientes, du bouillon de veau ou de poulet, des décoctions d'orge ou de gomme, etc., dont, sous l'empire du système de Broussais, on inondait l'estomac des malheureux gastropathes. Le lait lui-même, donné par grandes quantités, ne serait pas innocent, ainsi qu'on l'a montré récemment.

En outre des troubles digestifs qui, sous cette influence, pourraient prendre naissance et s'aggraver, il y a des effets éloignés qui sont également à redouter. Il est des individus qui ont, comme on dit, la poitrine grasse : ce sont des catarrheux en puissance ou déjà constitués. On peut admettre que la stagnation de liquides dans leur estomac dût faire que, par absorption de proche en proche, les bases des poumons seront imbibées et gorgées comme des éponges, surtout si l'on considère leur tendance à sécréter dans ces cas particuliers.

Les tisanes et les boissons mucilagineuses ont encore un autre désavantage, c'est que, dans les affections qui se traduisent par une irritation localisée à l'arrière-gorge, dans ce chatouillement qui est un des éléments du réflexe dont la toux est la terminaison, le contact du liquide est trop passager. Le topique ne reste pas assez longtemps en place. Nous avons gardé le souvenir d'une petite maladie, d'une sorte de pharyngite ou d'érythème aigu du pharynx qui s'accompagnait d'une sensation de sécheresse et d'ardeur des plus pénibles, d'une toux gutturale déchirante, sans phénomènes généraux bien accentués ; la gorge était rouge et comme vernissée. De tous les moyens employés, et nous eûmes le temps de les varier, les gargarismes émollients et mucilagineux furent ceux qui nous donnèrent le plus de soulagement ; mais cela durait trop peu.

Dans des circonstances semblables, les moyens perfectionnés que la pharmacie a créés sous le nom générique de pâtes rendraient, sans doute, de meilleurs services. Les préparations de ce genre jouirent aussi d'un grand crédit chez nos devanciers, il y a quelque trente ou quarante ans. En ce temps là,l'Académie de médecine ne dédaignait pas d'y prêter son attention, et, s'il y avait lieu, d'accorder sa haute approbation aux recettes utiles qui marquaient un progrès réel dans l'art d'accommoder les drogues. C'est ainsi que la docte compagnie donna son approbation à la pâte pectorale de Regnauld.

Il est incontestable que tout, dans cette préparation, était de nature à prévenir les Académiciens en sa faveur. C'est un bonbon agréable qui flatte le palais et parfume la bouche. C'est aussi une formule heureuse dans sa simplicité ; elle ne comprend aucune substance narcotique, à moins qu'on n'attribue une influence de ce genre aux pétales de coquelicot (papaver rhœas), qui entrent dans sa composition. En réalité, il n'y a, dans cette préparation, aucun de ces empiétements déplorables sur le rôle et les privilèges du médecin à qui, seul, il appartient de prescrire et de formuler les alcaloïdes et toute autre substance toxique. La pâte Regnauld peut être donnée sans danger, sans inconvénients et sans compter, même aux enfants. Le professeur Bouchardat, qui en faisait grand cas, lui attribuait des qualités réelles et sérieuses. « C'est, disait-il, de toutes nos pâtes pectorales, la plus agréable et celle qui se conserve le mieux. Pour être un remède modeste, cette préparation n'en constitue pas moins un véritable médicament, capable d'apporter un réel soulagement partout où il convient. Je sais, ajoutait-il, que les règles de sa préparation sont depuis plus d'un demi-siècle, conservées et observées avec une exactitude scrupuleuse, que la gomme, le baume de Tolu, les fleurs pectorales qui entrent dans sa composition sont choisis parmi les plus beaux échantillons que présente le commerce de la droguerie et de l'herboristerie. Ce sont ces qualités et ces précautions qui donnent le cachet des hautes marques dans tous les genres. »

Nous connaissons encore un de nos maîtres, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, grand amateur et consommateur de ce bonbon. dont il porte habituellement une boîte dans sa poche, pour remédier à certaine irritation de la gorge qui le fait beaucoup tousser, l'hiver surtout. Il lui attribue une efficacité non douteuse pour calmer ces chatouillements de la pharyngo-laryngite chronique dans ses exacerbations. Quant à en fournir une explication, je n'en sais pas, dit-il, de bien concluante, puisque je n'avale ainsi ni opium, ni narcotique quelconque.

N'y a-t-il pas moyen, cependant, de se rendre compte du mode d'action de ces médicaments simples, puisque, après tout, ils ont une action véritable ? Selon nous, les pâtes béchiques, dissoutes lentement dans la salive, agissent comme un topique doux, de manière à apaiser l'irritation qui naît à l'arrière-gorge et qui aboutit à la toux. Elles réussissent mieux que les tisanes, d'abord, parce que le contact en est plus prolongé, ensuite et surtout, parce que leur présence dans la bouche appelle un flux de salive et d'autres liquides issus des glandes de la muqueuse. Le pharynx et le larynx lui-même peuvent s'humecter d'eux-mêmes par leurs propres sécrétions, bien mieux qu'ils ne le seraient par un liquide venu du dehors; en même temps, ils se défluxionnent par cette extravasation de mucus.

La pâte Regnauld jouit encore de cette qualité remarquable qu'elle est composée de substances qui ne fermentent pas. On ne saurait donc craindre en aucune façon, qu'elle nuise à la digestion ni aux organes digestifs.

Quoi qu'il en soit de la théorie, il est certain que ce genre de produits répond à un besoin très étendu, besoin qui n'est pas suggestif, provoqué et entretenu par de violents efforts de publicité.

La pâte Regnauld, pour se recommander, n'a pas besoin de tomber dans l'excentricité ni dans la farce. C'est une vieille et bonne recette qui se transmet de génération en génération dans un grand nombre de familles. Sans lui attribuer un pouvoir exagéré qui est loin de ses prétentions, nous pensons qu'elle offre une ressource utile au praticien, ne serait-ce que pour avoir une préparation modeste, mais sérieuse, à opposer à ces produits d'aventure, à ces végétations néoplasiques de la pharmacie, très encombrantes, que le médecin ne peut voir, sans une bonne dose de philosophie, acceptées du public et que, à plus forte raison, il hésiterait sans aucun doute, à prescrire lui-même.

Dr A.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DECEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **31 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1886 à nous les réclamer **avant fin janvier.**


PASTILLES GÉRAUDEL
(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)
Agissant par Inhalation et par Absorption
Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.
Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.
Les Pastilles Géraudel ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.
Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu elles ne répondent poiut, par leur mode d'iugestion, au but désiré, c'est-à-dire l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.
Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à recouuaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girous, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obteuu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.
Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.
Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'out expérimentée.
En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.
PASTILLES GÉRAUDEL
MARQUE DÉPOSÉE
Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.
Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.
L'ÉTUI : 1'50 DANS TOUTES PHARMACIES
Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur
A. GÉRAUDEL
Pharmacien à Ste-Ménehould (Marne)
(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliothèque anthropologique. — Le Darwinisme, leçons professées à l'Ecole d'anthropologie, par Mathias DUVAL, membre de l'Académie de médecine, etc. Paris, 1886. Chez Delahaye et Lecrosnier.

Dans ce volume, le second de la bibliothèque anthropologique, le professeur Duval a fait un exposé complet du Darwinisme. Mais ce n'est pas seulement Darwin et son œuvre que M. Duval a étudiés avec le soin, la clarté, la précision qu'on lui connaît, il a voulu aussi tirer de l'oubli les précurseurs de Darwin, montrer quel avait été leur rôle, comment au milieu de bien des obscurités et des inexactitudes, parfois ils avaient vu juste et surtout vu loin. Puis les travaux de Lamarck, d'Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire, de Gœthe, sont analysés et les idées maîtresses indiquées avec précision. On voit ainsi que la voie était déjà tracée, bien des faits observés et compris à leur juste valeur que le transformisme était conçu, mais la démonstration non encore donnée. Et d'ailleurs mille causes auraient empêché le développement, la vulgarisation du transformisme à ce moment, son temps n'était pas encore venu. Des adversaires puissants tels que Cuvier lui avaient déclaré une guerre à outrance et on sait la lutte mémorable de Geoffroy-Saint-Hilaire et de Cuvier terminée par le triomphe officiel de ce dernier qui consacrait ainsi et classait comme seules orthodoxes l'ensemble des idées philosophiques de Cuvier : révolutions du globe et créations successives, fixité des espèces, préexistence des germes, toutes choses démontrées depuis comme étant absolument fausses et précisément contraires à ce qui existe.

Darwin eut ce bonheur de paraître à une époque où l'esprit scientifique était prêt à recevoir et à accepter les idées transformistes rajeunies, présentées sous un nouveau jour, analysées avec un soin minutieux incroyable et surtout basées sur un ensemble immense de preuves innombrables. La géologie avec Lyell, l'embryologie avec Wolff dont Meckel fit connaître les travaux en 1812, avec Dollinguer, de Baer, etc., avaient préparé les esprits en montrant l'existence des modifications progressives du sol, des transformations des espèces qui s'y rencontrent aux diverses périodes géologiques, tandis que, d'autre part, l'embryologie faisait voir l'être vivant passant durant sa vie embryonnaire par des phases diverses qui ont la plus grande analogie avec les formes de plus en plus rudimentaires de la série animale. Mais ce ne fut pas non plus sans efforts que toute la doctrine de Darwin finit par être acceptée plus ou moins complètement par l'immense majorité des gens de science. Son livre de l'origine des espèces, constituant le premier exposé didactique de sa doctrine, parut en novembre 1859, et il n'y a en somme que peu d'années que le *darwinisme* est devenu la base de la plupart des recherches scientifiques, malgré de violentes oppositions venues de très haut telles par exemple que celles de Flourens et de Kölliker. Quant à la masse, au public, même lettré, il en est encore en grande partie aux idées de Cuvier, d'ailleurs il connaît à peine et généralement d'une façon erronée la doctrine de Darwin. L'exposé de cette doctrine elle-même tient naturellement une grande place dans le livre de M. Duval, cet exposé consiste essentiellement en une revue de faits, formant démonstration ; ils sont groupés dans un ordre correspondant précisément à l'enchaînement qui relie les divers éléments de la théorie. Tous ces faits soigneusement choisis dans les multiples ouvrages de Darwin, et exposés avec la plus grande netteté et les développements nécessaires, constituent une vivante démonstration. On sent que M. Duval a longtemps travaillé ce sujet et qu'il l'a fait avec amour ; non seulement l'œuvre de Darwin est ainsi exposée tout entière mais un grand nombre d'auteurs sont également cités, des passages de leurs ouvrages reproduits tout entiers. Toutes les pièces du procès sont produites et les faits accumulés en nombre considérable, aussi le lecteur peut-il se prononcer en toute connaissance de cause. Les diverses faces de la question que M. Duval étudie successivement sont les suivantes : Tout d'abord les *variations individuelles* et leurs causes si multiples, variations qui peuvent être extrêmement minimes au point de passer inaperçues pour la plupart des observateurs — tel est par exemple le cas de certains bergers qui reconnaissent tel ou tel mouton dans un troupeau de plus de cent bêtes ; — ou au contraire tellement marquées que l'animal semble appartenir à une autre espèce, la chose est d'observation vulgaire, chez les pigeons, les chiens, les chevaux, etc. Quant aux causes de ces variations elles sont fort nombreuses ; l'influence des milieux est une des plus importantes.

A ce propos, M. Duval rapporte les anciennes expériences de Williams Edwards qui ayant maintenu des têtards au fond de l'eau les vit rester tels sans se transformer en grenouilles, tandis qu'aux Antilles M. Bavay observa une espèce de rainette pondant ses œufs à terre, or dans ce cas la transformation du têtard, être exclusivement à branchies, en grenouille *pulmonée*, se fait dans l'œuf même d'où la rainette sort déjà adulte. L'alimentation, l'usage fréquent ou le défaut d'usage, la variation dans le mode d'existence, les actions directes portées sur l'embryon en évolution, etc., tout cela constitue un ensemble de causes puissantes capables de produire les plus complètes variations individuelles. La variabilité des êtres organisés est donc amplement démontrée, c'est alors qu'intervient un nouveau facteur, l'*hérédité*, qui va par des mécanismes divers permettre à l'être vivant de transmettre à ses descendants tel ou tel caractère qu'il aura acquis par un des moyens précédents. Là les exemples abondent tellement communs et vulgaires que fort souvent on n'y fait même plus attention. La transmission héréditaire est soumise à un certain nombre de lois, telle est celle de l'*hérédité directe et immédiate* avec les modalités les plus diverses : transmission directe, transmission croisée, etc. Un bien curieux exemple est celui de Lislet Geoffroy, ingénieur à l'Ile de France, fils d'une négresse stupide qui lui transmit seulement sa couleur et ses caractères physiques, et d'un père blanc, esprit fort distingué, de qui il reçut son intelligence tout à fait supérieure à tel point qu'il fut correspondant de l'Académie des sciences. La seconde loi de l'hérédité, celle de l'*hérédité en retour* ou d'*atavisme*, est basée sur d'innombrables exemples fournis surtout par les éleveurs. Tel est le fait de la réapparition de tel ou tel caractère dans une race qui depuis nombre de générations ne le présentait plus, c'est ainsi que dans la race bovine de Galloway et de Suffolk, dépourvue de cornes depuis cent cinquante ans, on voit de temps à autre naître un veau à cornes. Il y a encore la loi des *caractères latents*, de l'*hérédité aux périodes correspondantes de la vie* ; cette dernière que tous les jours le médecin peut vérifier quand il voit survenir la phtisie chez un sujet presque au même âge qu'il l'avait constatée chez le père du malade. Et en ce cas, également, il peut avoir la démonstration de la loi d'*abréviation* lorsque la phtisie éclate beaucoup plus tôt chez le fils que chez le père.

En se basant sur les lois des variations individuelles et sur celles de l'hérédité, les éleveurs de tous temps ont créé en partant de types choisis avec soin et habilement croisés avec d'autres types également choisis, non seulement des variétés mais presque des espèces différentes. Parmi les oiseaux de basse-cour, les faisans, les pigeons, il existe des espèces ainsi artificiellement créées et qui semblent n'avoir aujourd'hui que des liens de parenté éloignés. Est-il également rien de plus dissemblable qu'un lévrier et un boule-dogue et qui ont pourtant une souche commune : le chien domestique. Quelles différences entre un cheval de course et un cheval de tombereau et pourtant le point de départ est le même ; la *sélection artificielle* est seule intervenue, choisissant comme types reproducteurs les sujets présentant au maximum les particularités qu'on désire exagérer et ainsi de suite de générations en générations jusqu'à ce que le type voulu soit produit. C'est ainsi également que d'innombrables variétés de plantes, de fruits ont été créées. Or, la sélection artificielle n'a fait qu'emprunter et mettre en action d'une manière voulue un certain nombre des procédés qu'emploie la nature pour produire la *sélection naturelle*. C'est qu'en effet la sélection naturelle s'accomplit par les procédés les plus divers. La *lutte pour l'existence*, la *survivance des plus aptes* par les moyens les plus variés (aptitudes pour échapper aux ennemis, pour résister au climat, pour la reproduction), enfin la *divergence des caractères* sont autant de mécanismes que M. Duval étudie avec le plus grand soin en

rapportant une foule d'exemples des plus curieux. Tous ces mécanismes analysés dans leurs ressorts intimes permettent d'arriver à la compréhension de l'origine des espèces : l'explication darwinienne en est autrement satisfaisante que celle des anciens naturalistes et de tous les partisans de la fixité des espèces. On peut la résumer en quelques mots : variations individuelles transmises par l'hérédité ; en vertu de la lutte pour l'existence, ces aptitudes transmises deviennent une cause de survivance de plus en plus favorable, d'où sélection naturelle, modifiant les organismes et par suite transformation des formes par leur adaptation à leurs milieux.

Dans les chapitres suivants, M. Duval fait l'historique de l'accueil fait au darwinisme ; expose les preuves tirées de la paléontologie, de la distribution géographique des espèces, et étudie divers autres facteurs tels que la *ségrégation* ou isolement ; le *mimétisme* et les *couleurs protectrices*, la *persistance des types inférieurs*, etc.

Cette analyse, nécessairement très raccourcie, pourra donner une idée de ce qu'est ce livre du professeur Duval. On y retrouve avec la précision, la netteté, l'exactitude et la clarté habituelles de M. Duval, un exposé complet non seulement du darwinisme mais aussi du transformisme. Les faits curieux puisés à de très nombreuses sources y abondent à chaque page et rendent attrayante la lecture des chapitres qui traitent des parties même les plus difficiles de la question. M. Duval a su *illustrer* son sujet et charmer ses auditeurs tout en amenant la conviction dans leur esprit par l'évidence des faits exposés, il atteindra certainement le même but auprès de ses lecteurs ; quel plus bel éloge à faire d'un livre didactique. L. CAPITAN.

Contribution à l'étude de la tuberculose du rein ; par Raymond DURAND-FARDEL. Thèse de Paris 1886. — Masson.

On sait combien la question de la tuberculose rénale présente au point de vue anatomo-pathologique de difficultés, et combien elle est obscure. Le travail de M. Raymond Durand-Fardel n'aura pas peu contribué à élucider ce sujet. Très clair et très simple comme exposition, il traite d'une façon complète l'un des grands côtés de cette question, celui de la tuberculose miliaire du rein. Ajoutons que sa portée est plus haute encore, car il fournit, sur l'infection tuberculeuse en général, des documents précieux. Très simple, avons-nous dit, est le mode d'exposition ; en effet, celle-ci est basée presque uniquement sur l'examen de trois reins provenant d'individus différents, et c'est avec l'histoire de ces trois reins que l'auteur développe tout ce qui a trait à la tuberculose miliaire rénale. C'est par la seule analyse de leurs lésions qu'il résout les difficiles problèmes présentés par cette affection. Le mémoire de M. Durand Fardel se divise en trois chapitres consacrés à la localisation des lésions, celle-ci est étudiée aux trois points de vue macroscopique, microscopique, bacillaire. A l'œil nu, on peut déjà constater que les granulations tuberculeuses sont situées, comme l'avaient indiqué Cornil et Ranvier, au niveau de la *substance corticale*, et le plus souvent dans les parties de cette substance intermédiaires aux pyramides de Ferrein, et suivant la direction des artérioles. Avec l'aide du microscope, on s'assure que c'est bien réellement au niveau des vaisseaux que siègent les lésions et cela le plus ordinairement dans le territoire d'une artère droite intermédiaire à deux pyramides de Ferrein, plus exactement encore au niveau des *glomérules*. Restait à faire l'examen de ces reins au point de vue de la localisation des bacilles. M. Durand-Fardel, dans cette partie de son travail, qui est tout à fait originale, nous montre que les résultats auxquels il est arrivé sont absolument confirmatifs de ceux qu'avaient déjà donné l'examen macroscopique et l'examen microscopique. Il insiste sur ce fait que les bacilles se trouvent d'une façon prédominante dans les glomérules, surtout dans les anses périphériques de ces organes et l'auteur a pu observer certaines préparations où le caractère primitif de cette localisation devient tout à fait net, car autour de ces anses chargées de bacilles, il n'y avait pas encore trace de lésion tuberculeuse. Puis un peu plus tard l'inflammation périglomérulaire se montre et alors on peut constater aussi à ce niveau des bacilles Mais une autre chose bien importante encore, et qu'il faut retenir, c'est que les recherches de M. Durand-Fardel ont fourni la preuve directe et péremptoire d'un fait qui n'était guère qu'à l'état de supposition, ce fait c'est que *dans la tuberculose rénale miliaire* la propagation du bacille a lieu par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins.

Ajoutons que plusieurs figures, dessinées par l'auteur et par Karmansky, achèvent de rendre tout à fait tangibles les lésions étudiées dans ce travail fort intéressant à plus d'un titre.

Nouveaux éléments de matière médicale ; par D. CAUVET, professeur à la Faculté de médecine et pharmacie de Lyon, 2 vol. chez J.-B. Baillière et fils.

M. le professeur D. Cauvet déjà bien connu pour son excellent traité d'histoire naturelle médicale arrivé à sa troisième édition ; vient de publier un nouveau livre intitulé : *Eléments de médecine médicale*. L'ouvrage complet formera deux volumes : dans la préface, l'auteur nous explique comment il a été amené à l'écrire, afin de pouvoir donner à la matière médicale le développement que cette science comporte : développement forcément insuffisant dans le traité d'histoire naturelle, voici le plan qu'il a adopté : Les médicaments et substances d'origine minérale, étant peu nombreux, ont été divisés en deux sections ; suivant qu'ils proviennent des *Vertébrés* ou des *Invertébrés*. La première section comprend quatre groupes : 1° *Substances alimentaires : viande, lait, œufs*. L'auteur nous fait connaître la composition de ces divers aliments ; leurs altérations, les parasites qu'on peut y rencontrer, leur falsifications, etc. 2° *Substances grasses* : *graisses, suifs, huiles*, nous signalons d'une manière toute spéciale les pages qui se rapportent aux huiles de poisson, et surtout à l'huile de foie de morue. 3° *Substances odorantes* : musc, civette, castoreum. 4° *Substances peu employées* : guano, icthtyocolle. La seconde section est constituée par les cinq groupes suivants : 1° *Animaux vésicants* : cantharides, mylabres, meloés ; 2° *Galles* ; 3° *Produits des abeilles* ; 4° *Produits des Coccidés* : matières colorantes, sucrées, grasses, etc. 5° Produits des crustacés et des spongiaires. M. Cauvet passe ensuite aux substances fournies par les végétaux qui sont beaucoup plus nombreuses et plus importantes et les étudie dans l'ordre des familles naturelles. Pour chacune d'elles il nous indique la composition, les propriétés ; nous fait connaître les préparations pharmaceutiques et les falsifications auxquelles elle a donné lieu : L'étude des cryptogames vient tout d'abord. Nous remarquons les pages relatives à l'histoire des divers ergots. Nous signalons d'une manière toute particulière à l'attention du lecteur l'étude des diverses *farines des légumineuses* ; celle des *salsepareilles*, des *aloès* et des *rhubarbes*. De nombreuses figures (366 pour le 1er volume) permettent de suivre facilement les descriptions ; et témoignent du soin que l'auteur et les éditeurs ont apporté à cet ouvrage qui, nous n'en doutons pas, aura le même succès que les éléments d'histoire naturelle médicale. P. YVON.

Manipulations de botanique ; par P. GIROD.
Un vol. in-8° de 72 p. avec 20 planches. Paris, J. B. Baillière, 1887.

A l'heure où, dans toutes les sciences biologiques, les études pratiques, accomplies dans le laboratoire, deviennent de plus en plus importantes, le petit livre de M. Girod doit être le bienvenu. Il n'apprendra rien au maître, mais il sera pour le débutant un guide sûr, d'un maniement facile, dans lequel on trouvera représentés les principaux tissus des végétaux, depuis les dicotylédonés (dahlia, courge, tilleul), jusqu'aux cryptogames cellulaires (mousse, chara, algues, champignons). Les 20 planches dessinées par l'auteur, sont pour ainsi dire schématiques, mais elles se rapprochent assez de la réalité pour que l'étudiant qui les consultera puisse aisément interpréter les coupes ou les préparations dont il aura à faire l'examen. R. Bl.

Primary malignant Disease of the Kidneys.
(Cancer primitif des reins) ; par GEORGE MINGES.
(*Journal of the American Medical Association*. — Juin 1885.)

Les lecteurs de l'Année médicale (1885) ont pu lire, à l'article *Rein*, une analyse de ce travail qui repose sur l'étude de soixante cas de tumeurs malignes des reins. La proportion des carcinomes est égale à celle des sarcômes (30 sur 60). Sur 60 observations, l'existence d'embolies secondaires est relevée 20 fois. Nous n'insisterons par sur les nombreuses erreurs de

diagnostic auxquelles le cancer du rein a donné lieu; les affections qui ont pu mettre en défaut la sagacité des cliniciens, sont, entre autres, l'hydronéphrose, la pyélonéphrite, l'abcès périnéphrétique, le kyste hydatique.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

NOMINATION DES ÉLÈVES INTERNES (PROMOTION 1886).

Le *Concours de l'internat* s'est terminé vendredi par les nominations suivantes :

a) Sont nommés *internes titulaires*, Messieurs :

1. — Dupré (Marc-Edmond), Bourges, Alcindor, de Lostalot-Bachoué, Sollier, Louis, Souques, Noguez, Calot, Mosny.

11. — Boulay, Mauny, Chopard, Bouffe, Hautecœur, Mlle Klumpke, Morel, Parelle, Despaigne, Dupré (Ernest-Ferdinand).

21. — Bellanger, Decressac, Gampert, Hamont, Vimont, Mordret, Vilpelle, Lenoir, Pallier, Pfender.

31. — Dagron, Cuvillier, Mauclaire, Courtois-Suffit, Mariage, Poulalion, Ardouin, Canniot, Aldibert, Iscovesco.

41. — Michaut, Roussan, Thibault (Arsène), Lefebvre, Vigneron, Wallich, Couder, Arnould, Nodot, Luget.

51. — Faure, Mallet.

b) *Internes provisoires*, Messieurs :

1. — Laffitte, Lamotte, Marquezy, Laumet, Macon, Willemin, Oustaniol, Gibotteau, Delaunay, Sardou.

11. — Reblaud, Bezançon, Bouel, Thibault (Hyacinthe), Méloir, Mlle Edwards, Tuilant, Raoult, Macry, Cohen.

21. — Dusseaud, Pilliet, Thomas, Dufestel, Civel, Audain, Buscarlet, Gauthier, Renault, Marty.

31. — Souplet, Viniant, Thérèse, Lelièvre, Gauly, Aubert, Sauvineau, Macquart, Enriquez, Malherbe.

41. — Letienne, Léonardi, Gresset, de Grandmaison.

NOMINATION DES ÉLÈVES EXTERNES (PROMOTION 1886).

Voici, par ordre de réception, la liste des étudiants en médecine nommés au dernier concours.

Elèves externes des Hôpitaux.

1. Baudron, Mendel, Berdal, Terson, Faure-Miller (H.), Cestan, Laguin, Rouquès, Rouget, Papillon, Lenoir, Marquezy, Pfender, Piole, Thibault, Cambours, Lafitte, Diaz, Phulpin.

20. Leredde, Jacob, Fort, Brocard, Boissier, Chatinière, Maurel, Oustaniol, Macon, Poulallion, Aldibert, Gauly, Leriche, Bouel, Bellanger, Parelle, Barnetche, Austric, Battle, Martinez.

40. Maupati, Brodier, Chabory, Cataliotti, Yresin, Lobstein, Damourette, Faure-Miller (Roland), Bouffe, Marx, Couder, Poivet, Thomas, Azoulay, Gallard, Genouville, Yahoubian, Cazenave, Chevreau, Jacquinet.

60. Teissier, Terrault, Portillo, Saprisa-y-Vera, Schwob, Tournier, Houzé, Didier, Desforges, Chanteloube, Le Monier, Dagron, de Grandmaison, Canniot, Macquart, Renault, Sauvinot, Cadéac, Damaye, Brodier.

80. Bazin, Pinhat, Goroditche, Jacques, Pescaret, Coudère, Couturier, Frustin, Fiquet, Lovy, Moisson, Thierry, Sébillotte, Sollier, Dufestel, Loppé, Pognon, Decamps, Wirbel, Corbin.

100. Nugon, Dominguez, Godchaux, Deléage, Aublé, Deguéret, Barjon, Bonenfant, Barrault, Bernard, Nageotte, Martin (Michel), Renard, Jazinski, Grilhaut des Fontaines, Hérardt, Collas, Charmois, Bruant, Encausse.

120. Evrain, Salmeron, Tostivint, Maré, Paturet, Spilmann, Trognon, Hulot, Fouilladousa, Didsbury, Miquel, Mascarel, Bonnet, Franche, Daudé, Courtet, Dumont, Goisque, Hémerit, Sandras.

140. Virchaux, Reymond, Poillot, Roubinowitch, Floersheim, Giesler, Macaigne, Mary, Potel, Reblaud, Estrada, Iscovesco, Létienne, Touchard, Bernardbeig, Sallard, Dirmantberger, Adamski, Catron, Duchesne.

160. Franquet, Mathurier, Oskierko, Mollart, Gallet, Dulout, Ferrand, Toché, Delaunay, Lamotte, Donnet, Angerand, Bailly, Bitterlin, Foveau, Malaviale, Potel, Radiguet, Fraisse, Lamy.

180. Malizard, Vaille, Dlle Dobrouskine, Vauthrin, Benoist, Besson, Jelinskiewicz, Z. Zack, Vincent, Billard, David, Haron, Himely, Kortz, Mignot, Dubut, Haran, Thuilant, Bagon, Boutard, Chatelot.

200. Gripon, Mermillod, Cornet, Jarka, Ratuld, Prieur, Legrand, Rieder, Soulier, Grenier, Henne, Fournier, Lombardi, Saguet, Cochery, Moreau, Lartet, Théodore, Caron, Dupuy.

220. Seialom, Vezès, Ortholan, Quignard, Courtillier, Bartoz, Bassin, Fourrey, Coquereau, Huguet, Mercier, Labat de Lambert, Betau, Hamaide, Janin, Souillard, Chaffard, Dardel, Gajet, Coquelet.

240. Angelovici, Bellot, Prouvost, Lacaze, Lowenthal, Daude-Lagrave, Blanc-Champagnac, Benoist (O.), Bois, Martiny, Gapin, Dodieau, Delaborde, Roy, Joullié, Gannéa, Roux, Lenoc, Surer, Pailhas.

260. Monmarson, Caillet, Barré, Batbedat, Soullier, Gordon, Gaillard, Dumas, Georgescscu-Carpatianu, Dlle Davidowitch, Mahuteaux, Théodoridès, Morisse, Destrès, de Castro, Bernard, Miette, Giéraert, Gasenel, Lenoble.

280. Guérin, Beretta, Bert, Crouzat, Planet, Vibert, Azéma, de la Nièce, Barthomeuf, Hellot, Audollant, Zisman, Maurat, Montsara, Muray, Monnier, Lemoult, Utudjian-Archagoni, Steff, Salmon.

300. Godet, Richer, Bridier, Vazel, Cultru, Sattler, Jay, de Marcheux, Désiré, Lefèvre, Douarre, Chaker, Lainé, Dubreuil.

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

NOMINATION DES STAGIAIRES. PROMOTION 1886.

Par application de la décision ministérielle du 6 mars 1886, réglant les conditions du stage à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, les élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de stagiaires, savoir :

Médecins. — MM. Bérard, de l'hôpital du Gros-Caillou; Simonin, de la Charité, à Lyon; Spillmann et Renard, de l'hôpital de Nancy; Marcus et Foy, de l'hôpital Saint-Martin; Griffe, de l'hôpital de Nancy; Robelin, du Gros-Caillou; Vanner, de l'hôpital de Bordeaux; Ecot, de l'hôpital Saint-Martin; Baillé, de l'hôpital de Bordeaux; de Burine, de l'hôpital Saint-Martin; Launois, de l'hôpital du Gros-Caillou; Licht et Cardot, de l'hôpital de Nancy; Delporte, de l'hôpital du Gros Caillou; Rivière, de l'hôpital de Bordeaux, Frache, de l'hôpital de Nancy; Viéla et Campos, de l'hôpital Saint-Martin;

MM. Castelli et Keim, de la Charité, à Lyon; Zipfel, de l'hôpital Saint-Martin; Ruotte, de l'hôpital de Nancy; Goulon, de l'hôpital du Gros-Caillou; Piquot, de l'hospice mixte de Montpellier; Leymarie, de l'hôpital du Gros-Caillou; Martin, de l'hôpital Saint-Martin; Bayle, de l'hôpital du Gros-Caillou; Cuvier, de l'hôpital de Bordeaux; Maison, de l'hôpital du Gros-Caillou; Vialette, de la Charité, à Lyon; Etienne, de l'hôpital de Nancy; Fuzerot, de l'hôpital Saint-Martin; Jaubert, de l'hôpital du Gros-Caillou; Sudre, de l'hôpital de Bordeaux; Cahen, de l'hôpital de Nancy; Jantet, de la Charité, à Lyon; Manon, de l'hôpital de Bordeaux; Wenzinger, de l'hôpital de Nancy;

MM. Bouchet, Ferrand, Galzin, Poujol, de l'hospice mixte de Montpellier; Riche, de la Charité, à Lyon, Batut, de l'hôpital de Bordeaux; Chevassu-Périgny, de l'hôpital Saint-Martin; Courtois, de l'hospice mixte de Montpellier; Peyret, de l'hôpital de Bordeaux; Tersen, de l'hôpital de Lille; Renaud, de l'hôpital de Nancy; Barrière et Papon, de l'hospice mixte de Montpellier; Pierron et Leclerc, de l'hôpital de Nancy; de Montéty, de l'hôpital du Gros-Caillou; Jouet et Messerer, de l'hôpital Saint-Martin; Collet, de la Charité, à Lyon; Lévy, de l'hospice mixte de Montpellier; Marion, de la Charité, à Lyon; Bodeau, de l'hôpital de Bordeaux; Apard, de l'hôpital Saint-Martin; Béno, de l'hôpital de Nancy, Benoit, de l'hôpital Saint-Martin.

Pharmaciens. — MM. Charpin, Bodard et Courtot, de l'hôpital du Gros-Caillou; Baudouin, de l'hôpital de Nancy; Licardy et Thubert, de l'hôpital de Lille; Leclerc, de l'hôpital de Nancy.

Congrès des médecins russes.

Le Congrès des médecins russes réuni à Moscou a ouvert ses séances le 4 janvier. Une assistance très nombreuse remplissait la grande salle de l'Assemblée de la noblesse. Le nombre des médecins qui prennent part au congrès est de plus de mille. A la tête de l'assistance se trouvaient M. le gouverneur général de Moscou, les membres de la municipalité et beaucoup de personnes haut placées. Le congrès a élu président M. le professeur Paschoutine (de St-Pétersbourg), M. le professeur Khodine (de Kiew) a été élu secrétaire. Parmi les membres se trouvent de nombreuses sommités de la médecine russe : MM. les professeurs Paschoutine, Slavianshy, Daugel, Vysotsky, Munch, Rein, Stoukovenkow, Khodine, Kovalevsky, Krémiansky, Skvortsow, etc.

Le 5 janvier s'est ouvert dans la même ville, au Musée polytechnique, le premier congrès des médecins aliénistes russes. C'est M. le professeur Merjéievsky, de l'Académie militaire de médecine de St-Pétersbourg, qui a été élu président.

Au programme du congrès des médecins, rédigé par M. Ossipow, se rattachent les rapports suivants : 1° Dr Skvortsow : Relèvement de la santé publique en Russie. — 2° Dr Doljenkow : Organisation du service médical dans les communes rurales — 3° Dr Ouvacow : Besoin de comprendre dans la Faculté de médecine l'étude du coté pratique du service médical en province. — 4° Dr Ossipow : Importance de l'organisation d'une statistique sanitaire en Russie. — 5° Dr Popow : Organisation d'un système énergique pour combattre les maladies épidémiques en province.

— 6° Dr Mikhailow : Côté caractéristique des asiles de l'enfance en Russie. — 7° Dr Until : Situation des hôpitaux créés d'après le règlement de 1857.— 8° Mme Glouschanovsky-Yakovlew : Organisation et résultats de la vaccination.— 9° Dr Firsow : Prestation de secours aux accouchées en province. — 10° Dr Orlow : Etablissement d'un service de rapports obligatoires sur l'utilité d'institutions médicales publiques. — 11° Dr Lissovska ; Projet d'organisation d'un service sanitaire pour les maladies chroniques.—12° Dr Nagorsky : Moyens de combattre l'épizootie. — 13° Dr Otrokow : Mesures prises en Europe et en Amérique pour combattre le développement de la prostitution — 14° Prof. Dobroslavine : Simplification de l'administration sanitaire en Russie. — 15° Prof. Jacobi : Enquête sur les maladies épidémiques et de la peau dans les campagnes.— 16° Dr Bogaievsky : Système du traitement ambulant des maladies dans les villages. — 17° Dr Dkobnevsky : Coopération des autorites provinciales et communales pour l'organisation du service médical. — 18° Dr Krumbmüller : Conditions hygiéniques dans les écoles du gouvernement de Tver. — 19° Dr Degel : Mesures à prendre pour combattre l'abus du tabac et de l'ivrognerie.

Il y a en outre différents rapports sur les moyens de combattre les maladies contagieuses.

Une dynastie scientifique.

Le journal *L'Action* du 24 janvier publie sous le titre qui précède l'article suivant :

La chaire de botanique de la Faculté des Sciences de Paris devient vacante par suite de la mise à la retraite de M. Duchartre, atteint par la limite d'âge. Le successeur espéré et désigné dans tout le monde savant était M. Van Tieghem, membre de l'Institut, professeur d'anatomie et physiologie végétales au Muséum d'histoire naturelle. Cette succession paraissait jusqu'ici d'autant plus certaine que c'est, croyons-nous, après l'acceptation du professeur du Muséum que le ministère appliqua à M. Duchartre le nouvel arrêté relatif à la limite d'âge.

Or, aujourd'hui, ce passage du Muséum à la Faculté des sciences n'est plus du goût de M. Van Tieghem qui renonce à poser sa candidature. Le désintéressement scientifique n'est, toutefois, pour rien dans cette brusque évolution, car si M. Van Tieghem tient à rester au Muséum, c'est qu'il est deux fois beau-père de botanistes en quête d'avancement, c'est qu'il pourra caser l'un de ses gendres à la Faculté des Sciences et donner ensuite au second la position occupée par le premier.

Voilà pourquoi, si M. le ministre de l'instruction publique n'y tient pas la main, nous aurons prochainement à enregistrer la nomination de M. Gaston Bonnier (1er gendre), actuellement maître de conférence à l'Ecole normale supérieure, comme professeur à la Faculté des sciences de Paris, et celle de M. Lecler du Sablon (2e gendre), actuellement préparateur à l'Ecole normale supérieure, comme maître de conférences dans ce dernier établissement.

Nous prions nos lecteurs de nous pardonner cette description de cuisine universitaire ; mais, si nous n'y prenons garde, le népotisme continuera à fleurir aussi tranquillement qu'autrefois. Certes, ce ne sont pas les travaux scientifiques de M. Bonnier qui peuvent l'appeler à la haute situation que lui destine son beau-père, M. Bonnier n'est guère connu comme botaniste que par le ridicule dont l'ont couvert Darwin, Sprengel, Muller, etc ; comme professeur, ses conférences de l'Ecole normale supérieure ont toujours été d'une faiblesse à peine tolérée par les élèves les plus indulgents. Suffit-il véritablement d'être imposé par un beau-père, membre de l'Institut, et par la complicité douloureuse des professeurs de la Faculté des Sciences de Paris ? Nous espérons que M. Berthelot, qui doit être très bien renseigné sur toutes ces manœuvres, saura arrêter le développement de cette dynastie scientifique.

Nous nous sommes renseigné sur ces faits cités par *L'Action* : on nous a affirmé qu'ils étaient conformes à la vérité. Alors, nous en avons entretenu M. Berthelot, ministre de l'instruction publique, qui nous a déclaré qu'il ne laisserait pas commettre de tels actes de népotisme et que la chaire de la Sorbonne serait donnée au plus méritant.

Nous avons remercié M. le ministre de sa déclaration et nous espérons que tous les savants, en mesure de faire acte de candidature, n'hésiteront plus et feront valoir leurs titres.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 31. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Farabeuf, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Béclard, Damaschino, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (H[illegible]) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Rendu.

MARDI 1er — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM, Panas, Cornil, Ribemont-Dessaignes.

MERCREDI 2. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) ; 1re *Série* : MM. Charcot, Guyon, Segon ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Farabeuf, Budin. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus.

JEUDI 3. — (Epreuve pratique). Médec. opér. : MM. Le Fort, Duplay, Richelot. — 2e *de Doctorat*. oral (1re partie) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Quenu ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Brouardel, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbene, Tarnier, Bouilly ; — (2e partie) : MM; G. Sée, Jaccoup, Hallopeau.

VENDREDI 4. — 2e *de Doctorat* (2e partie) ; MM. Béclard, Charcot, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie : MM Guyon, Farabeuf, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Landouzy.

SAMEDI 5. — 3e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Peter, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Cornil, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Duplay, Grancher, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Tarnier, Humbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 2. — M. Courbet. Du délire initial de la fièvre typhoïde. — M. Latière. Contribution à l'étude des fractures de l'olécrâne et en particulier des fractures compliquées. — *Jeudi* 3. — M. Fromond. Du traitement par le feu de certaines affections de la cornée. — M. Millermann. De l'auto-inoculation traumatique. — *Vendredi* 4. — M. Deschiens. De la difficulté du diagnostic entre l'ostéo-myélite insidieuse et l'ostéosarcome. — M. Guiot. Du kératocône et de son traitement par la cautérisation ignée périphérique de la cornée. — *Samedi* 5. — M. Vrain. Contribution à l'étude de la paralysie générale à début précoce. — M. Petresco. Du kératocône et de son traitement par les myotiques et la compression.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 7 février à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont de Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des principaux tissus normaux et pathologiques, recherche des microbes, etc. On s'inscrit rue Jean Lantier, n° 4, près le Châtelet, de une heure à deux.

FORMULES

IV. Traitement de la bronchite des enfants (Dr J. SIMON).

Les bronchites simples (trachéo-bronchite et bronchite des moyennes bronches) exigent des précautions très sévères. Le repos absolu au lit est indispensable : on prescrira des boissons chaudes, du lait, de la tisane de polygala si la toux est quinteuse et la potion suivante :

Infusion béchique	115 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit . .	X gouttes.
Teinture de belladone.	X gouttes.
Sirop de codéine	5 grammes.

(*Les Nouveaux Remèdes*, N° 1, 1887).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 janvier 1887 au samedi 22 janvier 1887, les naissances ont été au nombre de 1253, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 497 ; illégitimes, 179. Total, 676. — *Sexe féminin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 153. Total, 577

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 janvier 1887 au samedi 22 janvier 1887, les décès ont été au nombre de 1128, savoir : 578 hommes et 550 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 17. T. 29 — Variole : M. 3, F. 0, T. 3. — Rougeole : M. 14, F 23. T. 37. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 6. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 10, T. 23. — Choléra : M. 00. F. 00. T. 00.— Phthisie pulmonaire : M. 144, F. 70. T. 214. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 8. T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5. T. 6, — Tumeurs malignes : M. 17, F. 32.

T. 49. — Méningite simple : M. 14, F. 18. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 36. T. 61. — Paralysie : M. 2, F. 5. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5. T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 42. T. 77. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 24. T. 42. — Broncgite c0ronique : M. 26, F. 25. T. 51. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 20. T. 42. — Pneumonie M. 27, F. 41. T. 68. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 11. T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 4. T. 18. — Autres gastro-entérite : M. 1, F. 3. T. 4. — Fièvre et péritanite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débiliié congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 14, T. 25. — Sénilité : M. 15, F. 25. T 40. — Suicide : M. 10, F. 1. T. 11. — Autres morts violentes : M. 5, F. 5. T. 10. — Autres causes de mort : 109, F. 95. T. 204. — Causes restées inconnues : M. 3. F. 4. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 107 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 21. Total : 43, — *Sexe féminin* : légitimes, 39 ; illégitimes, 25. Total : 64.

Concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris. — La dernière question posée le vendredi 21 janvier à l'épreuve orale a été : *Vésicule biliaire* et *Symptômes et diagnostic de la colique hépatique*.

Concours pour une place de professeur suppléant de médecine aux écoles de Nantes et de Tours. — A ce concours ont été posées les questions suivantes : Composition écrite : *Des paralysies périphériques* ; — Leçon orale : *Pneumonie aiguë* ; — Epreuves pratiques d'anatomie pathologique : *Examen de coupes microscopiques ; recherches des bacilles de la tuberculose* ; Epreuves cliniques : *Examen de deux malades*.

Concours de l'externat des Hôpitaux de Paris. — Les dernières questions posées à l'épreuve de pathologie de ce concours ont été : *Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; — *Symptômes et diagnostic de la pneumonie aiguë* ; — *Des appareils inamovibles* ; — *Du furoncle* ; — *Symptômes de la pleurésie aiguë* ; — *Symptômes de la rougeole*.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'emploi d'un chef des travaux anatomiques* : Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 10 janvier 1887, un concours s'ouvrira le 11 juillet 1887, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques. — *Conditions du concours* : Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français, pourvu du grade de docteur en médecine et âgé de 25 ans accomplis. Les candidats se font inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 11 juin inclusivement. Les candidats doivent joindre aux justifications des conditions précédentes l'indication de leurs années de service et de leurs travaux et déposer un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés. — *Epreuves du concours* : Conformément au décret du 25 juillet 1885, les épreuves du concours sont : 1° Une composition écrite sur une question d'anatomie et sur une question de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette épreuve, qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 2° une leçon d'une heure sur une question d'anatomie descriptive, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger ; 3° épreuves pratiques : *a*) une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures sont accordées pour cette préparation ; *b*) une préparation extemporanée d'histologie. Quatre heures sont accordées pour cette préparation ; *c*) une épreuve de médecine opératoire ; *d*) une préparation de pièces sèches dans un délai fixé par le jury ; 4° appréciation des titres et travaux scientifiques.

Transformation de chaire. — Dans sa séance du 13 janvier 1887, le conseil de la Faculté de médecine a voté la transformation de la chaire théorique d'accouchements en chaire de clinique obstétricale qui sera consécutivement occupée par le professeur Tarnier. Un certain nombre de chirurgiens des hôpitaux n'ont pas accueilli cette nouvelle sans manifester leur étonnement, car on a prié l'Assistance publique de laisser installer cette nouvelle chaire à la Maternité.

Limites des consignations pour examens probatoires. — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit sont reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées : Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 29 mars inclusivement ; pour le 2e examen de doctorat (2e partie) jusqu'au mardi 19 avril inclusivement ; pour le 3e de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 19 avril inclusivement ; pour le 3e de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 24 mai inclusivement ; pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 7 juin inclusivement ; pour le 5e de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 21 juin inclusivement ; pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 21 juin inclusivement ; pour les thèses, jusqu'au mardi 12 juillet inclusivement. Officiat : pour le 1er examen, jusqu'an mardi 21 juin inclusivement ; pour le 2e examen, jusqu'au mardi 28 juin inclusivement ; pour le 3e examen, jusqu'au mardi 12 juillet inclusivement. MM. les Etudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. — 2° Les élèves ajournés, après le 8 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. — 3° Passé le 13 juillet, MM. les Professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits. (Décision de la Commission scolaire en date du 10 janvier 1887).

Prix décernés en 1886. — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants :

1° *Prix Barbier.* — Un prix de 1,500 fr. est décerné à M. Maurice de Thierry, préparateur de physique à la Faculté, pour ses appareils destinés à l'étude spectroscopique des quantités infinitésimales du sang dans un liquide quelconque ; une récompense de 500 fr. est accordée à M. le Dr Ozanam, pour ses sphygmographe et sphygmoscope, destinés à l'étude de la circulation du sang et de la respiration ; une mention honorable est accordée à M. le Dr François Raspail, auteur d'une sonde nouvelle en gomme, destinée au lavage de l'estomac par la voie nasale, chez les aliénés sitiophobes.

2° *Prix Corvisart.* — Ce prix n'est pas décerné, aucun candidat ne s'étant présenté. La question mise au concours pour l'année 1887 est la suivante : « Les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire. »

3° *Prix Chateauvillard.* — Ce prix, de la valeur de 2,000 fr., est partagé de la manière suivante : *a*) Un prix de 1,200 fr. est décerné à MM. les Drs Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Bousquet, pour leur *Traité de pathologie externe* ; *b*) Un prix de 800 fr. est décerné à M. le Dr Régis pour son *Manuel pratique de médecine mentale*.

4° *Prix de thèses.* Quant aux prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant la Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886, ils ont été décernés dans l'ordre suivant :

Médailles d'argent. — MM. Blanc, Brodeur, Chaput, Durand-Fardel, Feulard, Laguesse, Lermoyez, Louge, Malibran, Morel-Lavallée et Perrin.

Médailles de bronze. — MM. Assaky, Boisleux, Boursier, Broca, Brossard, Chatellier, Duchastelet, Duflocq, Gilbert, Gilles de la Tourette, Hirschfeld, Jardet, Kalt, Revilliod, Manrique, Perrin de la Touche, Poupinel, Queyrat, Ribbe et Villejean.

Mentions honorables. — MM. Azala, Babulée, Barreau de Muratel, Bernard, Beurnier, Bourdel, Carron de la Carrière, Coudray de Pradel, Damalix, Dandieu, Dayot, Delporte, Deschamps, Frémont, Gandichier, Gandry, Gazala, Godart, Gomet, Hamonic, Lavergne, Legendre, Legrain, Legrand, Leval-Piquechef, Longnon, Malfilâtre, Marcigny, Morin, Nagaty, Naudin, Omont, Pottier, Poupon, Raspail, Ribail, Robelin, Roche, Sonbhy, Talat et Uribe.

Prolongation des fonctions du chef des travaux anatomiques. — M. Farabeuf, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est délégué, en outre, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, jusqu'à l'issue du prochain concours.

Faculté des sciences de Montpellier. — On vient d'inaugurer un cours d'anthropologie à la Faculté des sciences de Montpellier. M. de la Pouze est chargé de ce cours. Voilà l'anthropologie introduite pour la quatrième fois dans une enceinte officielle (Paris : M. de Quatrefages ; Toulouse : M. Cartailhac ; Lyon : M. Chantre). Sans compter l'école d'anthropologie de Paris, dirigée par MM. Duval et subventionnée par la Ville de Paris et l'Etat.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Gayet (A.), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et de botanique à ladite Faculté (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Rennes. — M. Wallerant, professeur agrégé à la Faculté des sciences de Marseille, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Rennes.

Ecole de médecine et de pharmacie de Caen. — M. Huet, docteur en médecine et docteur ès sciences, est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Ecole des sciences et des lettres de Nantes. — M. Lebrat, docteur en médecine, est nommé professeur de zoologie à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, en remplacement de M. Lapeyre, décédé.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes. — M. Lenormand (C.), licencié ès sciences physiques, est institué, pour

une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie à ladite Ecole.

ASILE DE QUIMPER. — Une place d'interne est vacante à l'asile Saint-Athanase, à Quimper.

A PROPOS DU CONGRÈS DES PHARMACIENS FRANÇAIS. — Nous apprenons qu'un Congrès général des pharmaciens français doit se tenir à Lyon le 25 janvier prochain. Cette réunion a lieu à l'instigation du syndicat des pharmaciens de la Drôme, pour protester contre le nouveau projet de loi sur la pharmacie présenté par le gouvernement. Les sociétés pharmaceutiques de Lyon ont refusé de s'associer à cette manifestation. (*Lyon médical*, 23 janvier 1887).

BANQUET OFFERT A M. le Pr GARIEL.—Les camarades, les élèves et les amis de M GARIEL lui offrent un banquet à l'occasion de sa nomination de professeur de physique à la Faculté, le mercredi 9 février, à 7 heures du soir, dans les salons du restaurant Lemardelay, 100, rue de Richelieu. Ne pouvant connaître tous ceux qui désirent y assister, le Comité d'organisation, les prie d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible à M. le Dr Philbert, 34, boulevard Beaumarchais. Le prix de la cotisation est de 20 francs.

BANQUET EN L'HONNEUR DE M. LE Pr DIEULAFOY. — Un banquet offert à M. le Pr Dieulafoy aura lieu le jeudi 3 février, à 7 heures, à l'hôtel Continental.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Jules OFFRET est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collège de France, en remplacement de M. Bourgeois, démissionnaire.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE WASHINGTON. — Ouverture de la session générale le lundi 5 septembre 1887, à midi. — *Section de médecine mentale et maladies nerveuses* : Président : J.-B. ANDREWS, A. M. M. D.; secrétaire, E.-D. Fergusson, M.-D. Prog. N. V. U. S. A. — Extraits du règlement : Les communications à lire doivent être envoyées aux secrétaires de chaque section avant le 30 avril 1887. Elles ne doivent avoir été publiées nulle part ailleurs avant d'être lues au Congrès.— Les médecins qui ont l'intention de prendre part au Congrès ou de contribuer aux travaux de la section de médecine mentale et maladies nerveuses, sont priés de le faire savoir à M. le Dr Ferguson en faisant connaître le titre de leur communication. Les facilités pour la traversée seront les mêmes que pour un voyage de vacances.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — Les professeurs, les chargés de cours, les agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris sont convoqués le jeudi 10 février 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Paris, en remplacement de M. Gavarret, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

CHOLÉRA. — *Amérique du Sud :* Le choléra vient de faire son apparition à Montévideo. On aurait constaté 4 décès déjà. — Le bateau *La Gironde*, venant de Buenos-Ayres et Montevidéo et du Sénégal, vient d'être mis pour quelques jours en quarantaine à Pauillac parce qu'un marin est mort à bord du choléra pendant la traversée et qu'un autre a été depuis atteint de cette affection. (*La Justice*.)

DOCTEURS EN MÉDECINE REÇUS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886. — Le nombre des docteurs en médecine reçus en 1885-1886 est de 546, en diminution de 29 sur l'année précédente. Voici d'ailleurs les diplômes conférés par les six Facultés de médecine pendant les quatre dernières années :

	1882-83	1883-84	1884-85	1885-86
Bordeaux	44	47	36	77
Lille	20	18	12	12
Lyon	43	53	56	42
Montpellier	69	70	73	62
Nancy	21	18	22	17
Paris	465	384	576	336
Totaux	662	590	575	546

La diminution constatée en 1885-1886 eût été bien plus considérable, n'était la nouvelle organisation du service de santé de la marine qui impose aux médecins non docteurs de ce service de se pourvoir du diplôme de docteur dans un temps relativement court. Aussi pourrions-nous citer telle Faculté de province qui a conféré à des médecins de la flotte un tiers des diplomes délivrés dans l'année. (*Lyon médical*, 23 janvier 1887).

EPIDÉMIE. — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit dans les casernes d'Angoulême.

FEMMES MÉDECINS EN RUSSIE. — Il y a 63 femmes exerçant la médecine à Saint-Pétersbourg et 13 à Moscou.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année* 1887. — La semaine dernière, MM. les élèves se sont présentés au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes ont été délivrées à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 25 janvier, à une heure, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria; de 1re année et à MM. les Internes provisoires le même jour, à trois heures et demie. A MM. les Elèves externes de 2e et de 3e année, le mercredi 26 janvier, à deux heures, de 1re année, premier tiers de la liste, le jeudi 27 janvier, à onze heures, deuxième tiers de la liste, le vendredi 28 janvier, à onze heures, troisième tiers de la liste le samedi 29 janvier, à onze heures.

Prix Civiale. — Le jury du concours pour le prix Civiale, ouvert par l'administration de l'Assistance publique, a décerné ce prix à M. CLADO, interne de quatrième année à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Pr Guyon.

LAÏCISATION. — Le Val-de-Grâce vient de donner des noms de médecins et de chirurgiens militaires à douze de ses salles. Parmi ces noms, nous relevons ceux de Desgenettes, Larrey, Percy, Broussais, Michel Lévy, Sédillot et Maillot. Ce dernier seul vit encore; en le plaçant au nombre des élus, on a voulu honorer le doyen de la médecine militaire et signaler de nouveau l'importance des services qu'il a rendus à l'armée et à la colonisation en Algérie.

PRIX. — Un arrêté ministériel du 21 janvier 1887 institue, près le ministère de l'instruction publique, une commission chargée de décerner un prix de 50.000 francs à l'auteur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes : Comme source de chaleur, de lumière, d'action chimique, de puissance mécanique, de moyen de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les malades. Sont nommés membres de cette commission : MM les membres de l'Institut Bertrand, président; Becquerel, Brown-Séquard, Cornu, Debray, Deprez, Jurien de la Gravière, Lévy, Lippmann, Hervé-Mangon, Marey, Mascart, Pâris et Vulpian. — MM. Allard, inspecteur général des ponts et chaussées; Berger, directeur général de l'exploitation de l'Exposition universelle de 1889; Joubert, secrétaire général de la Société française de physique; Raynaud, ingénieur des télégraphes; Sartiaux, sous-chef d'exploitation au chemin de fer du Nord.

DISPENSAIRE.— Par arrêté préfectoral du 17 janvier 1887, ont été nommés : M. le Dr Passant, médecin en chef du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. Clerc, décédé; M. le docteur Commenge, médecin en chef adjoint dudit service; M. le docteur Calandreau, médecin dudit service; M. le docteur Rouillard, médecin adjoint dudit service.

LES SCIENCES OCCULTES ET LEURS DANGERS. — Un ministre qui a souci de la santé de ses administrés, c'est celui de la justice de Danemark qui vient d'adresser aux commissaires de police du royaume une circulaire interdisant toutes représentations publiques sur l'hypnotisme et le magnétisme animal, le spiritisme, etc. Cette circulaire est basée sur un rapport du conseil de santé. (*Revue de thérapeutique*, n° 2, 1887.)

LES ÉTUDIANTES EN RUSSIE ET EN ALLEMAGNE, — Le ministre de l'instruction publique à Saint-Pétersbourg, après avis de l'Académie de médecine, a décidé qu'on permettrait aux femmes l'admission aux examens de doctorat, et l'obtention du diplôme correspondant. En Allemagne, au contraire, les femmes sont exclues de toutes les universités. (*Il Morgagni*, 8 janvier 1887.)

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel, en date du 20 janvier 1887, des médailles d'argent ont été accordées à MM. les Drs Arnaud, de la Jasse et Raizon de Saint-Gilles, pour leur dévouement exceptionnel au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — La société se réunit en séance publique le quatrième mercredi de chaque mois, 3 rue de l'Abbaye, à 8 h. 1/2 du soir. Calendrier des séances (1887), 26 janvier, 23 février, 23 mars, 27 avril, 25 mai, 22 juin, 27 juillet, août, septembre (vacances), 26 octobre, 23 novembre, 28 décembre. Le VIe congrès international d'hygiène aura lieu à Vienne (Autriche), du 26 septembre au 1er octobre 1887. — *Composition du Bureau pour l'année* 1887. Anciens Présidents; MM. Trélat (Emile), Rochard, Brouardel, Proust, Trélat (Ulysse), Gariel. — Président : Dr Léon Colin, 95, boulevard Saint-Michel. — Vice-Présidents : MM. Bezançon, Bouvard, Dr Grancher, Dr Levraud. — Secrétaire général : Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher. — Secrétaire général adjoint : Dr A.-J. Martin, 3, rue Gay-Lussac. — Trésorier : Dr A. Thévenot, 44, rue de Londres. — Bibliothécaire-Archiviste : Dr Neumann, 43, rue

de Châteaudun. — Secrétaires des Séances : MM. Corot, Dr Deschamps, Dr Mangenot, Dr Philbert.

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE. — Une société de dermatologie et de syphiligraphie vient de se former à Rome.

UNE RÉVOLTE DE FOUS A L'HÔPITAL DE MONBELLE (MILAN), 12 janvier. — De graves désordres ont éclaté dimanche dernier à l'hôpital des fous de Monbelle (Italie). Sous les excitations d'un certain Aldo Ferreti, dangereux malfaiteur, enfermé dans le cabanon des fous furieux, une quarantaine de fous, armés de bancs et de poutres, ont tenté de soulever tout l'établissement. L'attitude énergique du directeur et du personnel a eu raison des mutins. Les plus turbulents ont été enfermés dans des cellules séparées. (*Lanterne*, 14 janvier 1887.)

DIRECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE AU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le Dr CAZELLES, ancien interne des hôpitaux de la promotion de 1856, qui avait quitté la préfecture des Bouches-du-Rhône pour la place, créée, de Directeur de l'Assistance publique, vient d'être nommé conseiller d'Etat.

NÉCROLOGIE. — M. Francisque FONTANNES (de Lyon), géologue et paléontologiste des plus éminents, est mort à 48 ans, le 30 décembre 1886. Il a légué à sa mort 20,000 francs, pour fonder un prix de paléontologie à l'Institut, et 20,000 francs à la Société géologique de France, pour fonder un autre prix (géologie stratigraphique). — M. le Dr LOUVET-LAMARRE, médecin de la Maison nationale des Loges, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Germain, décédé à Saint-Germain-en-Laye, à 94 ans, le 13 janvier 1887. — M. le Dr HERMANT, médecin-major de 2e classe, directeur du service de santé à Louvain. On lui doit un *Aide-mémoire du médecin militaire*, plusieurs articles dans les *Archives médicales belges* et l'invention d'un certain nombre d'appareils — M. le Dr ANDRE (de Mariembourg, Belgique). — M. le Dr LARAUZA (Lucien), ancien médecin à Salles, directeur des Thermes de Dax, ancien interne à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux.

Chronique des hôpitaux.

RÉPARTITION DES ÉLÈVES INTERNES EN MÉDECINE DANS LES DIFFÉRENTS SERVICES HOSPITALIERS A PARIS.

HÔTEL-DIEU. — *Médecine :* M. G. SÉE ; chef de clinique, M. Capitan; interne, M. Georges Baudouin. — M. EMPIS; interne, M. Cahn. — M. GALLARD ; interne, M. Vilcocq. — M. BUCQUOY ; interne, M. Guinon (L.). — M. MESNET ; interne, M. Lion. — M. DUMONTPALLIER ; interne, M. Champeil.
Chirurgie. — M. PANAS; chef de clinique, M. Valude ; internes, MM. Louis, Vignard, Delbet. — M. RICHET ; chef de clinique, M. Castex ; internes, MM. Isch Wall, de Lostalot-Bachoué, Noguez. — M. TILLAUX ; internes, MM. Montprofit, Barraud.

HÔTEL-DIEU (*annexe*). — M. CORNIL ; interne provisoire, M. Laffitte. — M. OULMONT ; interne provisoire, M. Gibotteau. — M. MERKLEN ; interne provisoire, M. Oustaniol.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Médecine :* M. JACCOUD ; chef de clinique, M. Bourcy ; interne, M. Belin. — M. BROUARDEL ; interne, M. Gilbert. — M. LANCEREAUX ; interne, M. Raymond. — M. AUDHOUI ; interne, M. Regnault. — M. HUTINEL ; interne, M. Méry. — M. TROISIER ; interne, M. Lavaux.
Chirurgie. — M. VERNEUIL ; chef de clinique, M. Guinard ; internes, MM. Lejars, Sébileau, Villemin. — M. POLAILLON ; internes, MM. Jeannet, Thiéry, Legrand.
Accouchements. — M. MAYGRIER ; interne, M. Démelin.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Médecine :* M. POTAIN ; chef de clinique, M. Sapelier ; interne, M. Foubert. — M. LABOULBÈNE ; interne, M. Pozzi. — M. DESNOS ; interne, M. Bruhl. — M. FERÉOL ; interne, M. Roulland. — M. LUYS ; interne, M. Lyon. — M. BLACHEZ ; interne, M. Mantel.
Chirurgie. — M. TRELAT ; chef de clinique, M. Barette ; internes, MM. Dumoret, Demoulin, Marc Dupré. — M. DESPRÈS ; internes, MM. Mordret, Vilpelle.
Accouchements. — M. BUDIN ; interne, M. Legry.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Médecine :* M. HAYEM ; interne, A. Parmentier ; interne provisoire, M. Villemin. — M. TENNESON ; interne, M. Rieffel. — M. LANDRIEUX ; interne, M. Laffitte. — M. RAYMOND ; interne, M. Nourric. — M. HANOT ; interne, M. Gaume. — M. MOUTARD-MARTIN ; interne, M. de Tornery. — M. GINGEOT ; interne, M. Bouffe. — M. TAPRET ; interne, M. Budor.
Chirurgie. — M. MARCHAND ; internes, MM. Gampert, Vimont, Mariage. — M. MONOD ; internes, MM. Bureau, Reboul, Recamier.
Service des varioleux. — Interne provisoire, M. Sardou.

HÔPITAL NECKER. — *Médecine :* M. PETER ; chef de clinique, M. Siredey ; interne, M. Dutil. — M. RIGAL ; interne, M. Polguère. — M. RENDU ; interne, M. Leflaive. — M. DIEULAFOY ; interne, M. Jeanton.
Chirurgie. — M. LEFORT ; chef de clinique, M. Ménard ; internes, MM. Jondeau, Prioleau, Caussade. — M. GUYON ; internes, MM. Guillet, Engelbach, Rollin.

HÔPITAL COCHIN. — *Médecine :* M. D.-BEAUMETZ ; internes, MM. Planchart, Valette. — M. GOURAUD ; interne, M. M. Legueu.
Chirurgie. — M. Th. ANGER ; internes, MM. Courbarien, Hautecœur, Morel. — M. BOUILLY ; interne, M. Mouls.
Service provisoire de médecine. — M. X... ; interne provisoire, M. Laumet.

HÔPITAL BEAUJON. — *Médecine :* M. MILLARD ; interne, M. Hontang. — M. GUYOT ; interne, M. Pichevin ; provisoire, M. Malherbe. — M. GOMBAULT ; interne, M. Grattery. — M. FERNET ; interne, M. Barbier.
Chirurgie. — M. L. LABBÉ ; internes, MM. Témoin, Léonardon-Lapervenche, Boulay. — M. CRUVEILHIER , internes, MM. Chopard, Parelle, Despaigne ; interne provisoire, M. Renault.
Accouchements. — M. RIBEMONT ; interne, M. Drouet.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — *Médecine :* M. SIREDEY ; interne, M. Hischmann. — M. PROUST ; internes, MM. Besançon, Leudet. — M. C. PAUL ; interne, M. Chartier. — M. BOUCHARD ; interne, M. Widal. — M. DUGUET ; interne, M. Martha. — M. GÉRIN-ROZE ; interne, M. Deroche.
Chirurgie. — M. DUPLAY ; internes, MM. Lyot, Gautier. — M. B. ANGER ; internes, MM. Cuvillier, Nodot. — M. PÉRIER internes, MM. Plicque, Grandhomme. — M. DELENS ; internes MM. Canniot, Luzet.
Accouchements. — M. PINARD ; interne, M. Varnier.

HÔPITAL TENON. — *Médecine :* M. LANDOUZY ; interne, M. G. Guinon. — M. STRAUS ; interne, M. Wurtz. — M. LACOMBE ; interne, M. Bourges. — M. DREYFUS-BRISSAC ; interne, M. Lauth. — M. DANLOS ; interne, M. Coffin. — M. CUFFER ; interne, M. Springer. — M. ROQUES ; interne, M. Decressac. — M. MOIZARD ; interne, M. Cousin.
Chirurgie. — M. CHAMPIONNIÈRE ; internes, MM. Laskine, Delagenière, Calot. — M. BERGER ; internes, MM. Tissier, Conzette, Jonnesco.
Accouchements. — M. BAR ; interne, M. Cazals.

HÔPITAL LAENNEC. — *Médecine :* M. BALL ; interne, M. Semelaigne. — M. DAMASCHINO ; interne, M. Potherat. — M. FERRAND ; interne, M. Derville.
Chirurgie. — M. NICAISE ; internes, MM. Chevalier, Souques ; interne provisoire, M. Bezançon. — M. CORNIL ; interne, M. Klippel.
Service provisoire de médecine. — M. TALAMON ; interne provisoire, M. Bouel.

MATERNITÉ. — M. LABADIE-LAGRAVE ; interne, M. Maurin. — M. TARNIER ; interne, M. Potocki.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT. — M. X... ; chef de clinique, M. Loviot.

MAISON DE SANTÉ. — *Médecine :* M. E. LABBÉE ; interne, M. Wickham. — M. LECORCHÉ ; interne, M. Nicolle.
Chirurgie. — M. SÉE ; internes, MM. Courtois-Suffit, Mallet. — M. HORTELOUP ; internes, MM. Bellanger, Le Noir.

BICÊTRE. — *Médecine :* M. DEJERINE ; interne, M. Huet ; interne provisoire, M. Tuilant. — M. DENY ; interne, M. Faure ; interne provisoire, M. Thomas. — M. BOURNEVILLE ; interne, M. Sollier ; interne provisoire, M. Raoult. — M. CHARPENTIER interne, M. Alcindor ; interne provisoire, M. Souplet. — M. Ch. FÉRÉ ; interne, M. Arnould ; interne provisoire, M. Marty.
Chirurgie. — M. PEYROT ; internes, MM. Pfender, Ardouin interne provisoire, M. Gauthier.

SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT ; chef de clinique, M. Babinski ; interne, M. Blocq. — M. JOFFROY ; interne, M. Hillemand. — M. A. VOISIN ; interne, M. Dupré. — M. J. VOISIN ; interne, M. Thibault (Arsène). — M. FALRET ; interne, M. Poulalion.
Chirurgie. — M. TERRILLON ; interne, M. Valat.

INCURABLES. — M. GOMBAULT ; interne, M. Mosny ; interne provisoire, M. Audoin. — M. BLUM ; interne, M. Wallich ; interne provisoire, M. Meloir.

ENFANTS-ASSISTÉS. — M. SEVESTRE ; internes, MM. Gillet, Bouygues ; interne provisoire, Mlle Edwards. — M. GUÉNIOT ; interne, M. Lefebvre ; interne provisoire, M. X...

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Médecine :* M. CADET DE GASSICOURT ; interne, M. Groux. — M. D'HEILLY ; interne, M. Leriche. — M. LEGROUX ; interne, M. Hudelo.

Chirurgie. — M. LANNELONGUE; internes, MM. Damars, Panné.

HÔPITAL BICHAT. — *Médecine :* M. HUCHARD; interne, M. Courtade. — M. GOUGENHEIM ; interne, M. Régnier.

Chirurgie. — M. TERRIER ; internes, MM. Péraire, Hallé.

HÔPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE ; internes, MM. Moulonguet, Jacquet.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Médecine :* M. BRAULT ; interne provisoire, M. Delaunay. — M. LETULLE ; interne provisoire, M. Marquezy.

Chirurgie. — M. BRUN ; internes provisoires, MM. Thibault (H.), Macon.

ASILE DES CONVALESCENTS. — M. X...; interne provisoire, M. X....

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Médecine :* M. FOURNIER ; chef de clinique, M. Morel-Lavallée ; interne, M. Vaquez. — M. LAILLER ; interne, M. Girode. — M. BESNIER ; interne, M. Bouisson. — M. VIDAL ; interne, M. Duchon-Doris. — M. HALLOPEAU ; interne, M. Jeanselme. — M. QUINQUAUD ; interne, M. Lesage.

Chirurgie. — M. PÉAN; internes, MM. Secheyron, Chrétien, Lepage. — M. LEDENTU ; MM. Albarran, Lefèvre, Regnauld.

Accouchements. — M. PORAK ; interne, M. Lavie.

Service provisoire de chirurgie. — M. FÉLIZET ; internes, MM. Dagron, Aldibert, Iscovesco ; internes provisoires, MM. Macry, Pilliet.

Service de médecine. — M. X...; interne provisoire. M. Desseaud.

HÔPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC ; interne, M. Le Roy. — M. DUCASTEL ; interne, M. Michaut. — M. HUMBERT ; interne, M. Mauclaire.

HÔPITAL LOURCINE. — M. MARTINEAU ; interne, M. Palliet. — M. BALZER ; interne, Mlle Klumpke. — M. POZZI ; interne, M. Despréaux ; interne provisoire, M. Lamotte.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine :* M. GRANCHER ; chef de clinique, M. QUEYRAT ; interne, M. Martin de Gimard. — M. OLLIVIER ; interne, M. Marcel Baudouin. — M. LABRIC ; interne, M. Vignalou. — M. J. SIMON ; interne, M. Dubarry. — M. DESCROIZILLES ; interne, M. Dautigny.

Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN ; internes, MM. Jouliard, Jacquinot.

SAINTE-PÉRINE. — M. BARTH ; internes, MM. de Fleury, Hamon.

HOSPICE DES MÉNAGES. — M. ROBIN ; interne, M. Couder ; interne provisoire, M. Cohen.

LA ROCHEFOUCAULD. — M. CHANTEMESSE ; interne, M. Humblot.

Chronique des hôpitaux.

HÔTEL-DIEU. — *Médecins.* M. G. SÉE : Visite à 8 1/2. Consultation le mardi. Leçons cliniques les lundis, mercredis et vendredis. — M. EMPIS : Visite à 7 h. 1/2 ; consultation le lundi. — M. GALLARD : Visite à 9 h. 1/2 ; consultation le jeudi ; clinique gynécologique le mardi et le samedi à 9 heures. Jeudi, examen au spéculum — M. MESNET : Visite à 9 heures ; consultation le vendredi. — M. BUCQUOY : Visite à 8 heures ; consultation le samedi. — M. DUMONTPALLIER : Consultation le mercredi. — *Chirurgiens.* M. RICHET. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis, samedis à 10 heures, suppléé actuellement par M. Reclus, agrégé. — M. PANAS : Visite à 9 heures. Consultation tous les jours (*maladies des yeux*). Leçons cliniques, les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. — M. TILLAUX : Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis. Leçons de clinique chirurgicale, les lundi, mercredi et vendredi à 10 heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. — *Accoucheur :* M. PINARD, agrégé (remplace M. Pajot, qui a fait valoir ses droits à la retraite). Leçons de clinique obstétricale les mardi, jeudi et samedi (Il faut pour y assister avoir passé son 3e examen de doctorat et être muni d'une carte spéciale délivrée par la Faculté).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Médecins.* M. POTAIN. Consultation le mercredi à 9 h. 1/2. Leçon clinique le mardi et le samedi. Leçons au lit du malade. — M. FÉRÉOL : Consultation le mardi. Spéculum le vendredi. Visite à 8 1/2. — M. LABOULBÈNE : Consultation le lundi. Visite à 8 heures. — M. DESNOS : Visite à 9 h. 1/4. Consultation le jeudi. — M. LUYS : Consultation le samedi. Visite à 9 heures. Leçon clinique sur les maladies nerveuses, le jeudi. — M. BLACHEZ. Consultation le vendredi. — *Chirurgiens.* M. TRÉLAT. Visite à 10 heures. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis. — M. DESPRÉS : Visite à 9 h. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. Mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations; jeudi, au spéculum ; samedi, examen à l'ophthalmoscope. — *Accoucheur.* M. BUDIN : Visite à 9 heures. Consultations obstétricales tous les jours à 9 h. 1/2. Il faut être muni de cartes délivrées par le chef de service pour entrer dans les salles.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Médecine.* M. HAYEM. Pavillon Moïna. Visite à 9 heures. Consultation le lundi. — (H.) : 1, troubles trophiques ; 8, dysentérie ; 9, hémiplégie syphilitique ; 11, hypertrophie du membre inférieur gauche ; 12, hystérie mâle ; 14, arthrite blennorrhagique ; 20, hystérie avec tremblement analogue à celui de la sclérose en plaques ; 29, paralysie agitante avec déformation de doigts ; 30, cirrhose atrophique guérie. — (F.) : 6, néphrite aiguë ; 11, diabète et néphrite. — 2. M. TENNESSON. Salles Bichat (H.) et Lhomel (F.). Consultation le mardi. — (H) : 2, myopathie ; 3, sclérose diffuse cérébro-spinale ; 5, néphrite aiguë ; 11, myélite ; 12, néphrite interstitielle ; 15, aphasie et monoplégie brachiale droite syphilitique ; 17, ectasie aortique ; 33, atrophie locomotrice ; 35, 36, cancer du sein chez l'homme avec cécité complète (F.) : 1, ulcération tuberculeuse du pharynx ; 7, hémiathéthose posthémiplégique ; 5, gomme de la fesse chez une hystérique hypnotisable ; 12, tympanite hystérique ; 17, perimétrite ; 23, syphilis héréditaire du voile du palais ; 26, colique hépatique. — 3. M. LANORIEUX. Salles Andral et Louis (H.) Barthe (F.). Consultation le mercredi. — 4. M. RAYMOND. Salles Majendie (H.), Grisolle (F.). Consultation le jeudi. — 5. M. HANOT. Salles Aran (H.) et Rostan (F.). Consultation le vendredi. — M. H : 9, fièvre typhoïde, rechutes ; 15, sciatique chez un tuberculeux ; F. 3, néphrite guérie, choléra, reprise de la néphrite ; 10, péricardite tuberculeuse ; 14, Pneumonie ; 15, fièvre typhoïde prolongée. 6.—M. MOUTARD-MARTIN. Salles Axenfeld (H.), Nélaton (F.). Consultation le samedi. — 7. M. GINGEOT. Salles Marjolin (H.), Roux et Corvisard (F.). Pas de consultation, Spéculum le jeudi. — H : 1, néphrite aiguë ; 5, sclérose de la moelle par suite d'intério-sclérose ; 14, colique hépatique ; 24, phthisie laryngée ; 30, tumeur cérébrale syphilitique. — F : 1, aphonie hystérique ; 15, maladie mitrale. — 8. M. TAPRET. Salles Broussais (H.), Pavillon Lorain (F.). Pas de consultation. Spéculum le lundi. — *Chirurgie.* 9. M. MARCHAND. Salles Broca, Blandin (H.), Cruveilhier (F.). Consultation le mardi, jeudi et samedi. — H : (Blandin), 1, arthrite métacarpo-phalangienne du pouce ; 5, cystite ; 10, mal perforant plantaire. F. 1, Sarcome opéré ; 10, brûlure. — 10. M. BLUM. Salle Dupuytren, Velpeau (H.) : Lisfranc (F.) — H. (Dupuytren) ; 7, arthrite blennorrhagique ; 18, fracture de la rotule ; 19, désarticulation de l'épaule. 27, opération d'Estlander ; 29, plaie du nerf radial par arme à feu. —Salles Velpeau ; 36, circoncision ; 39, abcès froid gratté ; 39 *bis*, arthrite blennorrhagique ; 40, amputation de cuisse ; 48, résection du genou ; 51, troubles trophiques du pied symétriques. — F : polype du col de l'utérus ; 3, fractures du col du fémur ; 10, cystite purulente ; 15, corps fibreux de l'utérus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

MEYER (Ed.). — Traité pratique des maladies des yeux, 3e édition. Volume in-18° de 800 pages, avec 261 figures. — Prix : 12 fr.

ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS (Ve année, 1884). — Préfecture de la Seine. — Service de la statistique municipale (M. le Dr Jacques Bertillon, chef des travaux de la statistique). Volume in-8° de 750 pages.

PRÉVOST (J.-L.). — Les névrites périphériques dans le tabes dorsalis. Brochure in-8° de 24 pages, avec 1 planche. — Genève, 1886. — Librairie H. Georg.

CHALOT, GRANEL et MOSSÉ. — Les modifications à apporter à la situation de l'agrégation dans les facultés de médecine. Brochure in-8° de 15 pages. — Montpellier, 1886. — Imprimerie Boehm fils.

LOUGNON (C.). — Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite de croissance et entretenues par elle. Brochure in-4° de 60 pages. — Paris, 1886. — Imprimerie A. Lanier.

DIETZ (C.). — Dementia paralytica und Lues. Brochure in-8° de 19 pages. — Berlin, 1886. — Verlag von G. Reimer.

HEITLER (M.). — Ueber die Indicationen chirurgischer Eingriffe, bei internen Krankheiten Brochure in-8° de 48 pages. — Wien, 1886. — Verlag von M. Perles.

INDEX-CATALOGUE OF THE LIBRARY OF THE SURGEON-GENERAL'S OFFICE UNITED STATES ARMY. — Vol. VII : INSIGNARÈS-LEGHORN. Volume in-4° cartonné de 959 pages. — Washington, 1886. — Governement printing office.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 6. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 FÉVRIER 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

ONZIÈME LEÇON (*fin*) (1).

La vaccination charbonneuse.

Du chauffage comme moyen d'atténuation. — En 1880, M. Toussaint fit connaître le résultat d'expériences d'après lesquelles du sang charbonneux défibriné et chauffé à 55° pendant dix minutes constitue un vaccin capable de donner aux moutons l'immunité charbonneuse. Le même résultat peut être obtenu par l'addition au sang de 10 0/0 d'acide phénique. Ce procédé d'atténuation, tel qu'il a été appliqué par M. Toussaint, est assez infidèle ; tantôt la chaleur agit d'une façon trop énergique et tue toutes les bactéridies contenues dans le sang et alors l'inoculation ne donne aucun résultat ; tantôt la modification imprimée par la chaleur aux bactéridies n'est pas assez profonde ; elles conservent toute leur virulence et alors la vaccination entraîne la mort des animaux ; de là, de nombreux insuccès dans les deux sens. Malgré les défectuosités de son procédé, M. Toussaint a eu le mérite de montrer qu'une humeur charbonneuse virulente peut être transformée artificiellement en un liquide vaccinal (2). Mais c'est surtout à M. Chauveau que l'on doit l'étude méthodique de la chaleur comme agent d'atténuation.

M. Chauveau s'est d'abord appliqué à rendre plus pratique et plus sûr le procédé d'atténuation imaginé par M. Toussaint.

« La première et la principale règle à suivre consiste à pratiquer le chauffage de manière à communiquer au sang, presque instantanément, et également dans toutes ses parties, la surélévation de température, et de le soustraire de même à cette influence. Lorsque la quantité de sang à transformer en vaccin est trop considérable, toutes les parties ne sont pas uniformément influencées par un très court chauffage : les agents virulents des couches profondes peuvent conserver toute leur activité et leur aptitude à causer une infection mortelle ; à moins que le chauffage ne soit trop prolongé, auquel cas on s'expose à tuer absolument le plus grand nombre des agents virulents. Pour éviter cet écueil, il faut renfermer le sang dans de petites pipettes cylindriques de 1 millimètre au plus de diamètre. On scelle l'extrémité de ces pipettes et on plonge la partie qui contient le sang dans une grande masse d'eau portée et maintenue à la température voulue. Au bout du temps convenable, les pipettes sont retirées et plongées dans de l'eau froide. Grâce à la faible masse du véhicule qui renferme les agents virulents, ceux-ci s'échauffent et se refroidissent tout de même avec une précision qui ne laisse rien à désirer. »

« C'est le chauffage à 50° que j'ai étudié avec le plus de soin. Avec cette température, il faut environ vingt minutes pour tuer la bactéridie. Le chauffage pendant dix-huit minutes produit un excellent vaccin d'une très grande atténuation. L'atténuation est encore marquée après un chauffage de dix minutes ; mais elle n'est déjà plus suffisante pour permettre de premières vaccinations absolument inoffensives. A plus forte raison, en est-il de même si la durée du chauffage est réduite à huit minutes. Entre ces deux degrés extrêmes d'atténuation s'intercalent naturellement un certain nombre de degrés intermédiaires graduellement croissants, quand on fait varier la durée du chauffage de dix-huit à dix minutes. « Une première inoculation avec du vaccin faible (sang chauffé à 50° pendant quinze minutes) et une seconde inoculation à dix ou quinze jours d'intervalle, avec du vaccin fort (sang chauffé pendant neuf à dix minutes) préservent les moutons des atteintes du virus le plus actif, inoculé plus tard. » (1).

Dans des recherches ultérieures faites en collaboration avec M. Wosnessensky, M. Chauveau montra que le chauffage peut être appliqué, comme agent d'atténuation, non seulement au sang charbonneux, mais aux liquides de cultures artificielles. Du bouillon stérilisé est ensemencé avec du sang charbonneux frais et le matras placé à l'étuve, à la température de 42 à 43°, comme avec la méthode de M. Pasteur. Mais au lieu de les y laisser pendant douze à treize jours, on les en retire au bout de vingt heures environ, pour les soumettre, dans une autre étuve, à la température de 47°, pendant une heure, deux heures, trois heures, quatre heures, même davantage. L'opération est alors terminée ; elle n'a pas détruit la vitalité des agents virulents de la culture ; mais ceux-ci ont perdu plus ou moins de leur inocuité, suivant que le chauffage a été plus ou moins prolongé. Le premier temps de l'opération a pour but de permettre à la culture mycélienne de se faire, sans production de spores ; le deuxième temps répond à la phase d'atténuation proprement dite.

« L'atténuation des cultures peut être graduée à volonté, en donnant au chauffage une durée proportionnelle en degré d'atténuation qu'on veut obtenir. Pour me renseigner avec exactitude sur le résultat de mes inoculations d'épreuves, j'ai toujours fait celles-ci sur le cobaye, en injectant sous la peau d'une cuisse une ou deux gouttes de liquide, suivant la taille des sujets. Dans ces conditions, si l'on essaye comparativement le même liquide de culture, supposé très actif, avant chauffage et après chauffage, voici ce qui arrive : tous les cobayes inoculés avec le liquide non chauffé meurent rapidement, c'est-à-dire en quarante-huit heures environ, avec un œdème local considérable. Ceux qui ont reçu le liquide chauffé une heure périssent également presque tous ; mais la mort arrive généralement moins vite que sur les premiers. Le liquide chauffé deux heures se montre beaucoup moins actif, car, parmi les animaux qui l'ont reçu sous la peau, les uns périssent tardivement avec une faible infiltration locale ; les autres, en nombre égal au moins, survivent. Quant au liquide chauffé trois heures, on ne le voit jamais tuer les cobayes adultes, ni même produire d'accident local sensible. A plus forte raison en est-il de même avec les liquides chauffés pendant quatre heures et au delà. » (2).

En effet, ces cultures mycéliennes atténuées brusquement par le chauffage, placées ensuite à une température eugénésique (32 à 35°) donnent des spores dont la

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39, 40 et 1887, n° 3.

(2) Toussaint (H.).—*De l'immunité pour le charbon acquise à la suite d'inoculations préventives* (C. R. de l'*Acad. des sciences*, 1880, t. 91, p. 135) et *note contenue dans un pli cacheté et relative à un procédé pour la vaccination du mouton et du jeune chien* (*Ibid.*, p. 303).

(1) Chauveau.—*Etude expérimentale des conditions qui permettent de rendre usuel l'emploi de la méthode de M. Toussaint pour atténuer le virus charbonneux* (Comptes rendus de l'*Acad. des sciences*, 1882, t. 94, p. 1694.

(2 Chauveau.—*De l'atténuation directe et rapide des cultures virulentes par l'action de la chaleur* (*Ibid.*, 1883, t. 96, p. 553.

virulence est également diminuée, quoique beaucoup moins sûrement que par la méthode de M. Pasteur.

« Mais où la transmission de cet effet de la chaleur se manifeste surtout, c'est dans la facilité avec laquelle ces spores subissent l'influence atténuante d'un chauffage qui leur est directement appliqué. Rien de plus simple que de les rendre pour ainsi dire absolument inoffensives en les exposant pendant quelque temps à l'action d'une certaine température. J'appelle l'attention sur ce fait nouveau. On peut laisser impunément les spores de provenance normale, pendant une heure, une heure et demie, à la température de 80°; elles n'éprouvent aucune altération sensible, ni dans leurs caractères morphologiques, ni dans leurs propriétés physiologiques. Ce n'est plus cela quand il s'agit de spores de cultures dont le développement a été momentanément entravé par la chaleur. Le chauffage, dans ces conditions, respecte les caractères objectifs de la spore, mais il en modifie profondément l'activité virulente. Les cultures peuvent alors être inoculées à la seringue, sans grand risque de mort, au cobaye et surtout au mouton, qui acquiert ainsi l'immunité. »

« Aussi l'influence atténuante exercée par la chaleur sur les agents virulents n'est pas simplement individuelle; cette influence peut se faire sentir sur les propriétés des nouveaux agents auxquels donne naissance la prolifération du protoplasma qui l'a directement éprouvée. » (1).

Dans l'atténuation par chauffage rapide, M. Chauveau a montré que l'oxygène n'intervient pas dans le phénomène de l'atténuation et que celle-ci s'effectue mieux en l'absence qu'en présence de l'oxygène (2). Le même physiologiste a reconnu que l'atténuation peut être hâtée, même avec le procédé de M. Pasteur, c'est-à-dire à la température de 42°, par la soustraction d'oxygène. Mais (et M. Chauveau est le premier à le reconnaître), lorsque l'atténuation est ainsi rapidement obtenue, soit par une élévation relativement considérable de la température (50°), soit par l'emploi combiné du chauffage et de la soustraction d'oxygène, la transmission héréditaire de l'atténuation est loin d'être aussi assurée et aussi complète; la bactéridie, ainsi violemment atténuée peut, dès sa première culture dans un milieu inerte, remonter à sa virulence primitive.

« *L'atténuation, pendant l'évolution lente des éléments qui la subissent*, voilà pour le bacillus anthracis la condition qui favorise le plus la transmission héréditaire. Or, c'est la présence de l'oxygène, combinée avec l'action de la chaleur, qui assure la continuation du développement dans les cultures en voie d'atténuation » (Chauveau). En d'autres termes, la bactéridie atteinte par une intervention brusque, chauffée outre mesure ou asphyxiée par soustraction d'oxygène, garde bien, mais ne transmet pas à ses descendants l'atténuation qui lui est ainsi imprimée. Au contraire, la bactéridie qu'on a mise en état, grâce à la présence de l'oxygène de l'air, de vivre pendant un temps assez long, dans des conditions défectueuses (température de 42° dans l'expérience de M. Pasteur), transmet aux générations qui naîtront d'elles les modifications qu'elle a éprouvées, c'est-à-dire l'atténuation de la virulence.

Atténuation par l'oxygène comprimé. On sait que l'oxygène, à une certaine tension, tue les cultures mycéliennes de la bactéridie; mais, avant d'atteindre cette tension, l'oxygène comprimé peut atténuer la virulence de la culture. Dans leurs recherches, MM. Chauveau et Wosessenki ont obtenu de cette façon une culture atténuée d'une façon très satisfaisante pour servir de vaccin pour le mouton et le bœuf; l'atténuation produite dans une première culture se trouve suffisamment fixée pour se transmettre ensuite dans les cultures à l'air libre (1).

Des antiseptiques comme agents d'atténuation. Il n'y a pas que l'action prolongée de la chaleur et de l'oxygène de l'air sur le mycélium sans spores qui puisse produire l'atténuation. MM. Chamberland et Roux ont montré que ce résultat peut être obtenu à l'aide de substances antiseptiques diverses, à la condition que ces antiseptiques entravent la formation des spores et qu'elles puissent agir pendant un certain temps sur le mycélium végétant. Ainsi, 1/500 d'acide phénique, additionné à un bouillon de culture, y empêche la reproduction de la bactéridie qui meurt au bout d'un temps très court; 1/800 d'acide phénique permet encore le développement filamenteux du bacille, mais l'empêche de donner des spores, comme la température de 43° mise en œuvre par M. Pasteur. Dans ces conditions, le mycélium végétant est modifié et atténué dans sa virulence, et cette atténuation est d'autant plus prononcée, que le contact de l'antiseptique a été plus prolongé. Si, à divers intervalles, on fait des semences avec cette culture-mère dans des bouillons placés à la température eugénésique de 37°, la bactéridie poussera en conservant le degré d'atténuation qu'elle avait dans le flacon-origine, au moment où la semence a été prélevée, et donnera des spores qui fixent cette virulence. On peut ainsi obtenir une série de cultures de virulence décroissante et y choisir une série de vaccins utilisables dans la pratique. Le bichromate de potasse, additionné au bouillon à la dose de 1/1200 à 1/1500, est également un agent d'atténuation.

Dans ces expériences, l'atténuation a été obtenue en faisant vivre et végéter la bactéridie dans un *liquide nutritif*, additionné d'un antiseptique; on peut, ainsi que l'ont montré MM. Chamberland et Roux, obtenir le même effet d'atténuation en plaçant la bactéridie dans un liquide qui n'en permet pas la végétation, dans de l'eau distillée, par exemple, additionnée d'acide phénique ou de bichromate de potasse; avant d'y mourir, la bactéridie y éprouve une mitigation graduelle de sa virulence.

Enfin, la spore elle-même, malgré sa résistance aux agents extérieurs, peut être atténuée dans sa virulence, comme le filament mycélien. Ainsi, des spores bien formées, mises dans de l'eau additionnée de 2 0/0 d'acide sulfurique, à la température de 35°, perdent peu à peu leur virulence; de sorte que des cultures faites avec ces spores donnent des bactéridies qui peuvent être inoffensives pour des cobayes et des lapins (2).

Atténuation par la lumière solaire.— Il résulte des intéressantes expériences de M. Arloing que les cultures de la bactéridie charbonneuse exposées dans un milieu liquide, aux rayons du soleil, éprouvent une atté-

(1) Chauveau.— *De la faculté prolifique des agents virulents atténués par la chaleur et de la transmission par génération de l'influence atténuante d'un premier chauffage* (Ibid., t. 96, p. 612.

(2) Chauveau. — *Du role de l'oxygène de l'air dans l'atténuation quasi-instantanée des cultures virulentes par l'action de la chaleur* (C. R. de l'Acad. des sciences, 1883, t. 96, p. 678.

(1) Chauveau. — *De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé* (C. R. de l'Acad. des sciences, 1884, t. 98, p. 1232). — *Application à l'inoculation préventive du sang de rate de la méthode d'atténuation par l'oxygène comprimé* (Ibid., 1885, t. 100, p. 320).

(2) Chamberland et Roux.— *Sur l'atténuation de la virulence de la bactéridie charbonneuse sous l'influence des substances antiseptiques* (C. R. de l'Acad. des sciences, 1883, t. 96, p. 1088 et 1110).

nuation graduelle, en même temps que leur végétabilité est ralentie; si l'ensoleillement se prolonge, la virulence et finalement la vie de la culture disparaissent (1).

On voit que la plupart des causes qui agissent d'une façon à la fois ni trop brusque ni trop violente sur le protoplasma végétant du bacille, de manière à en entraver mais non à en tuer le développement, peuvent jouer le rôle d'agents d'atténuation; et cette atténuation se transmet d'une façon d'autant plus sûre et plus complète, que l'action entravante de la cause atténuatrice s'est exercée pendant un plus long temps. Enfin, une dernière condition essentielle pour assurer le succès et la fixité de l'atténuation est l'absence de spores, c'est-à-dire des formes de résistance de la bactéridie, dans les filaments soumis à l'action prolongée de l'air, de la chaleur, ou des autres agents physiques et chimiques. — Telle est la formule générale qui paraît, dans l'état actuel de nos connaissances, résumer le plus exactement le phénomène de l'atténuation. La méthode de M. Pasteur, c'est-à-dire la culture à 42°-43°, au contact de l'air pur, demeure encore, malgré toutes les acquisitions nouvelles, la méthode qui réalise de préférence ces conditions et qui assure le mieux ce qu'on a appelé avec justesse « la création de véritables races de virus-vaccins. »

Si étrange que paraisse, dans la découverte de M. Pasteur, cette transformation artificiellement imprimée à l'une des propriétés de la bactéridie, sans modification apparente de ses caractères morphologiques, il n'y a pas là cependant un fait qui doive nous surprendre outre mesure ni qui soit sans exemple comparable; je ne puis mieux faire que de reproduire à ce sujet les réflexions suivantes de M. de Bary :

« Si nous nous représentons le bacillus anthracis comme étant une espèce distincte, il peut paraître extrêmement surprenant, d'après nos notions communes, que ce bacille ait tantôt une action toxique et tantôt en soit privé. Mais on peut, à cet égard, invoquer des analogies. L'exemple le plus frappant est celui que Nægeli, si je ne me trompe, a invoqué le premier et qui est relatif à l'amande douce et à l'amande amère. Cette dernière (par suite de l'amygdaline qu'elle contient), est toxique; l'amande douce, qui n'en renferme pas, ne l'est point. L'amandier qui porte les amandes douces ne diffère pas spécifiquement de l'amandier à amandes amères; d'une graine douce peut naître un arbre à amandes amères; des amandes douces et amères peuvent même être engendrées par le même arbre, avec des fleurs et des fruits qu'il est impossible de distinguer morphologiquement. Les causes de ce fait nous échappent absolument et cet exemple ne peut donc nous servir à expliquer le phénomène qui nous occupe; mais il nous montre qu'il ne s'agit pas là d'une particularité exclusivement propre à un microbe et qu'il existe une série de faits analogues. » (2).

Il convient de mentionner ici les recherches faites par M. H. Buchner, il y a quelques années, et qui tendaient à établir la possibilité de transformer le bacillus anthracis en inoffensif bacille du foin et *vice versâ*. En cultivant la bactéridie pendant un grand nombre de générations dans une solution d'extrait de viande, et en soumettant la culture à une agitation constante dans un appareil spécial (Schüttel-apparat), dans le but d'augmenter l'oxygénation du liquide, M. Buchner dit avoir vu la virulence diminuer et finalement s'éteindre dans ces cultures; en même temps, le bacillus anthracis prendrait graduellement les apparences morphologiques et la mobilité du bacillus subtilis. De même, en cultivant le bacille du foin dans du sang défibriné et d'autres liquides albumineux complexes, il pense être arrivé à le transformer graduellement en un microbe pathogène qui ne serait autre que la bactéridie charbonneuse. Il en conclut, à l'exemple de son maître Nægeli, que les microbes pathogènes ne constituent pas des espèces rigoureusement distinctes, mais qu'ils peuvent dériver, « par adaptation fonctionnelle, » de microbes banals, absolument inoffensifs, comme l'est, par exemple, le bacillus subtilis (1).

On voit la gravité extrême de ces faits : s'ils étaient réels, ils ne conduiraient à rien moins qu'à renverser la notion de la spécificité étiologique de chaque maladie infectieuse, spécificité qui ne serait plus le fait d'un microbe particulier, rigoureusement déterminé, mais qui résulterait des modifications imprimées à un microbe quelconque, nullement pathogène à l'origine, par le milieu de culture ou, autrement dit, par l'organisme animal dans lequel il vient à se développer : ce serait tout remettre en question.

Mais les expériences retentissantes de M. Buchner ne purent être vérifiées ; M. Koch cultiva la bactéridie charbonneuse, pendant 50 générations successives, sur de la gélatine et de l'extrait de viande, sans la voir se modifier en rien, ni dans sa virulence, ni dans ses caractères morphologiques; il en fut de même de 150 cultures successives sur la pomme de terre. M. Pasteur, de son côté, « a fait 130 cultures successives en humeur aqueuse de l'œil, sans jamais avoir vu trace de la transformation du bacillus anthracis en bacille du foin, à voile chagriné. » Il est donc à peu près certain que le résultat obtenu par M. Buchner tient à une altération de ses cultures de charbon par le bacille du foin, dont les spores sont si répandues partout. De même, il est infiniment probable que la transformation qu'il pense avoir observée du bacillus subtilis en bactéridie charbonneuse repose sur quelque erreur du même genre.

(*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme (*fin*) (2);

Fragment d'une leçon recueillie par **BABINSKI** et **BERBEZ**.

2° CAS DE MONOPLÉGIE BRACHIALE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE SURVENUE A LA SUITE D'UN « TAMPONNEMENT » AYANT PORTÉ SUR L'ÉPAULE (3).

Le nommé Mouil... (4) est un homme robuste, vigoureux, bien musclé. Il est âgé de 25 ans, c'est un campagnard. Il est né dans le département du Doubs, non loin de Besançon. Il y a un an, à peine, il faisait le métier de cultiver la terre, depuis le mois de mai 1885 qu'il est arrivé à Paris il est employé à la gare d'un Chemin de fer où on l'occupe à faire la manœuvre. Jamais il n'a été malade jusqu'ici; il ne paraît nullement nerveux et ne sait pas ce que c'est

(1) Arloing. *Influence de la lumière blanche et de ses rayons constituants sur le développement et les propriétés du bacillus anthracis* (*Arch. de Physiol.*, 1886, t. VII, p. 209).

(2) De Bary. *Vorlesungen uber Bacterien*, 1885, p. 111.

(1) Buchner (H.). *Ueber die experimentelle Erzeugung des Milzbrandcontagium aus den Heupilzen*, in *Nægeli's Untersuchungen über niedere Pilze*, Munich, 1882, p. 140 et p. 178.

(2) Voir *Prog. méd.*, n° 4, 1887.

(3) Observation recueillie par M. BABINSKI, chef de clinique de la Faculté.

(4) Voir LEÇON XXV, p. 414 et Seq., Leçons de M. Charcot, 1887.

qu'une attaque de nerfs. Il est plutôt lent, apathique, mou, torpide, et autant qu'on a pu en juger depuis 8 mois qu'il est dans le service, l'imagination ne parait pas jouer chez lui un grand rôle. Il ne paraît pas qu'aucune maladie nerveuse ait existé dans la famille.

Mouil... était en état de santé parfaite lorsque, le 1er décembre 1885 à 6 heures du soir, pendant qu'il travaillait à la manœuvre, son épaule droite fut prise entre le tampon d'un wagon et celui d'une locomotive. La contusion fut légère très certainement, car il n'en résulta aucun accident sérieux d'ordre chirurgical. Mais néanmoins, sous l'influence du choc, le malade perdit connaissance immédiatement et il s'affaissa. Transporté dans le cabinet du chef de gare, il ne reprit ses sens qu'au bout de 20 minutes environ.

Il est intéressant de relever les phénomènes qui, d'après lui, auraient existé immédiatement après son réveil : 1° Sa respiration était très gênée ; il lui semblait que son membre supérieur droit, le membre tamponné, *était absent, remplacé par un corps très lourd qu'on aurait pendu à son côté ;* 2° Il n'y aurait pas eu de tuméfaction immédiate des parties; 3° Les mouvements de l'épaule et du coude étaient impossibles, mais les doigts pouvaient se mouvoir alors et ils ont pu se mouvoir encore pendant 3 ou 4 jours ; de telle sorte qu'on peut affirmer que la paralysie motrice n'a pas été immédiatement complète ; 5° Le malade ressentait un affaiblissement général tel qu'il lui a été impossible de se tenir debout, de se lever même. Il n'a pu se lever et sortir du lit qu'au bout de 13 jours.

Le malade fut transporté à Lariboisière, hôpital voisin de la gare du Nord. Il y arriva le jour même de l'accident, vers 8 heures du soir et fut placé dans le service de M. le Dr Brun. Le lendemain matin, on constate un peu de gonflement de l'épaule et une vaste ecchymose qui s'étend sur l'épaule, la région sous-claviculaire et une partie de la face. Le membre supérieur droit est complètement paralysé du mouvement, sauf les doigts de la main. Ce membre est en outre anesthésié ; l'insensibilité à la piqûre est partout absolue. Mais à cette époque, vraisemblablement, la sensibilité profonde n'est pas encore affectée, car les mouvements qu'on imprime au membre pour rechercher s'il y a luxation ou fracture sont un peu douloureux. Le résultat de ces explorations est d'ailleurs complètement négatif.

Le 13e jour seulement le malade put sortir du lit. Il fut évacué dans un service de médecine, peu après, et entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. Merklen, le 13 janvier 1886, c'est-à-dire six semaines après l'accident. Là, on reconnut tous les caractères de l'affection monoplégique qui vont être décrits dans un instant et le diagnostic de M. Merklen fut, comme celui de M. le Dr Brun, qu'il s'agissait là d'une monoplégie hystéro-traumatique. Un fait à relever c'est que, dès l'entrée à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire un mois et demi après l'accident, il existait déjà dans le membre paralysé, au bras et à l'avant-bras, une diminution de volume très notable, et il est à remarquer qu'il s'agit du bras droit. Pendant le séjour à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, le traitement faradique a été continué sans interruption et sans aucun résultat.

L'examen du malade fait à la Salpêtrière, lors de l'entrée, le 2 mars 1886, a donné les résultats suivants : Monoplégie du membre supérieur droit, sans aucune trace de participation de la face ou du membre inférieur ; il paraît certain que la face n'a jamais été intéressée. La *monoplégie motrice* est complète : seul le trapèze peut élever l'épaule. La paralysie est du genre flasque, les reflexes tendineux ne sont pas exaltés ; ils seraient plutôt un peu diminués.

Troubles de la sensibilité remarquables : 1° la sensibilité cutanée est absolument éteinte, dans tous ses modes, froid, pincement, etc. L'anesthésie cutanée occupe le moignon de l'épaule dans toute son étendue ; elle est limitée du côté du thorax par une ligne non brisée, déterminant un plan circulaire, perpendiculaire au grand axe du membre, celui-ci étant supposé étendu (*fig.* 9, A et B) ; 2° L'anesthésie s'étend aux parties profondes. Les torsions, les tiraillements exercés sur les divers segments du membre ne sont pas même perçus ; 3° les notions du sens musculaire sont complètement abolies ; le malade ne sait pas où est son membre, il ignore si l'on meut tel ou tel doigt individuellement, etc.

Troubles trophiques. On a déjà parlé de l'amaigrissement du membre ; il faut ajouter que les doigts de la main sont violacés, froids, comme cela se voit dans certaines paralysies organiques. Cependant les muscles présentent des réactions électriques absolument normales. Il en est de même des nerfs. La faradisation qui fait énergiquement contracter les muscles ne détermine absolument aucune sensation.

Le malade n'a pas et n'a jamais eu rien qui ressemble à des attaques hystériques, mais les troubles sensitifs et sensoreils, permanents (*stigmates hystériques*) sont chez lui très prononcés. Il existe une analgésie à la figure sur toute l'étendue du côté droit du corps; partout ailleurs le malade ne sent pas le froid (*fig.* 9).

Les *troubles sensoreils* sont très remarquables : 1° Rétrécissement très prononcé du champ visuel des deux côtés; 2° Diplopie minoculaire; 3° Affaiblissement de l'ouïe des deux côtés ; 4° Affaiblissement de l'odorat également des deux

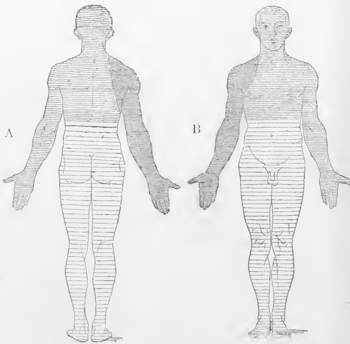


Fig. 9. — Mode de distribution de l'anesthésie chez le nommé Mouil...

côtés. Le goût est absolument perdu, et l'on peut plonger un doigt dans la profondeur du pharynx et l'y maintenir sans déterminer la moindre réaction. Le malade n'est pas hypnotisable.

Le 1er novembre 1886, 11 mois après le début, malgré l'emploi de divers traitements, la monoplégie ne s'est en rien modifiée. Les stigmates persistent au même degré. L'état général est excellent, on reconnait que l'application d'un lien circulaire produit sur les membres supérieurs ou inférieurs de Mouill..., des contractures très prononcées et durables (diathèse de contracture).

Il n'est pas nécessaire de s'étendre longuement sur ce cas de monoplégie hystéro-traumatique, car il est en quelque sorte calqué jusques dans les moindres détails sur les types désormais classiques que M. Charcot a fait connaître (1). On se bornera donc à relever ce qui suit : Les sensations produites par le choc local ont été ici le point de départ de la suggestion qui a abouti à la production d'une monoplégie complète sen-

(1) Voir les LEÇONS XX, XXI, XXII, *loco citato.*

sitive et motrice, laquelle persiste telle quelle depuis 18 mois ; quant à l'état de suggestibilité, il s'est développé par le fait de l'ébranlement cérébral produit par le choc nerveux. On remarquera que la paralysie motrice n'a pas été complète du premier coup et que, dans ce cas par conséquent, comme dans les autres du même genre, l'impuissance motrice ne s'est complétée qu'à la suite d'une sorte d'élaboration mentale inconsciente. L'amyotrophie sans modification des réactions électriques s'est produite chez ce malade assez rapidement. Cette amyotrophie hystérique à développement rapide a été récemment relevée plusieurs fois par M Charcot, et elle a été l'objet d'un travail étendu, publié par M. le Dr Babinski dans les *Archives de Neurologie* (1). Un abrégé de l'observation de Mouill... figure dans ce travail.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le surmenage scolaire.

> « La première condition de la prospérité nationale, c'est que la nation soit formée de bons animaux. » SPENCER.

De tout temps les médecins se sont préoccupés des inconvénients de la vie sédentaire et de l'épuisement nerveux, chez les individus adonnés aux travaux intellectuels; mais il est inutile de donner des preuves d'une érudition facile en exhumant des citations qui manquent de précision et de clarté : c'est, en effet, à Tissot qu'appartient le mérite d'avoir abordé cette question en détail et de l'avoir traitée d'une façon scientifique (2). Un autre travail qui mérite une mention tout à fait spéciale, est celui de Réveillé-Parise, qui, dans un traité didactique, a étudié avec détail les accidents du surmenage intellectuel et de la vie sédentaire (3). Les auteurs des traités d'hygiène qui ont touché ces questions ont largement puisé dans les livres de Tissot et de Réveillé-Parise, et on est surpris de ne point les trouver cités par bon nombre de ceux qui se sont préoccupés récemment du surmenage intellectuel chez les enfants. Cette dernière question, d'ailleurs, qui paraît nouvelle à quelques-uns, n'avait point échappé aux philosophes qui se sont occupés de l'éducation, depuis J.-J. Rousseau, de Gérando, etc., jusqu'à Spencer (4), Victor de Laprade, Thiers, Duruy, J. Simon, etc., etc.

La fréquence des troubles de la santé dans les écoles étant devenue plus grande à mesure qu'elles ont été plus généralement et plus régulièrement fréquentées, les médecins et les pédagogues ont été conduits à étudier de plus près les manifestations morbides que l'on a attribués aux habitudes sédentaires et au surmenage intellectuel. Un certain nombre d'enquêtes ont été faites en Allemagne, en Danemark, en Suède, etc., qui ont eu pour résultat de mieux faire connaître sinon la véritable origine, au moins l'aspect symptomatique des affections dites scolaires. Des études beaucoup moins méthodiques qui ont été faites en France ont conduit aussi à accuser la surcharge des programmes universitaires, le système d'éducation qu'on a qualifié d'homicide, fatiguant le système nerveux des écoliers sans compensation suffisante pour leur instruction. M. Layet, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* (1), et M. Lagneau, dans un mémoire communiqué à l'Académie de Médecine (2), a résumé l'état de cette question, à laquelle les observations de MM. Dujardin-Beaumetz (3) et Rochard (4) n'ont apporté que peu d'éclaircissements.

Nous n'avons pas maintenant l'intention d'apporter des faits nouveaux relatifs à l'étude symptomatique des troubles attribués au surmenage scolaire, mais nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de chercher à les grouper pour arriver à nous assurer s'ils sont bien dus aux défauts de l'hygiène scolaire à l'exclusion de toute autre cause.

On peut diviser les troubles attribués au sédentarisme et au surmenage scolaire en huit groupes principaux, d'après leurs causes probables :

1° Troubles résultant du défaut d'appropriation des locaux ; — 2° Troubles résultant du défaut d'adaptation du régime ; — 3° Troubles résultant du défaut de soins de propreté et de défauts d'adaptation du vêtement ; — 4° Troubles résultant du défaut d'exercice physique ; — 5° Troubles résultant de l'exercice exagéré de certains organes ; — 6° Troubles résultant d'attitudes vicieuses ; — 7° Troubles résultant du surmenage intellectuel.

Examinons succinctement chacun de ces groupes :

1° *Troubles résultant du défaut d'adaptation des locaux.* — Par le seul fait du séjour prolongé dans un local commun et des contacts nombreux auxquels ils sont exposés pendant leurs travaux et leurs jeux, les écoliers voient se multiplier les risques des affections contagieuses. D'autre part, la communauté des conditions hygiéniques rend compte de la fréquence des maladies épidémiques auxquelles ils sont sujets. Les affections cutanées parasitaires, la gale, les teignes, la perlèche, etc., trouvent souvent dans les écoles un foyer de contagion ; la diphthérie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les oreillons, la coqueluche, s'y propagent fréquemment. Mais les inconvénients de la vie en commun se trouvent encore grandement exagérés par l'encombrement qui résulte de l'insuffisance des locaux. Dans les écoles ou dans les collèges de construction ancienne, les dimensions des salles d'études et des dortoirs sont fréquemment en disproportion avec le nombre des élèves qu'ils sont destinés à contenir ; c'est ainsi que Delpech et Hillairet ont signalé à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait au lycée Saint-Louis, l'existence des dortoirs qui n'avaient qu'un cube d'air de 8 mètres par lit. L'encombrement, tant par la diminu-

(1) Voir J. Babinski. — *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques.* — (*Arch. de Neurologie*, nos 34 et 35. Voir aussi : *Progrès médical*, 1886, n° 6 et l'APPENDICE IV, p. 476.)

(2) Tissot. — *De la santé des gens de lettres.* Œuvres, t. VII, 1784.

(3) Réveillé-Parise. — *Physiologie des hommes livrés aux travaux de l'esprit*, 2 vol, 1834.

(4) Spencer. — *De l'éducation intellectuelle, morale et physique*, 6e ed. franç., 1885.

(1) Art. *Ecoles* (*Dict. encycl. des sc. méd*, 1re série, t. XXXII, p. 199, 1885).

(2) Lagneau. — *Du surmenage intellectuel et du sédentarisme dans les écoles* (*Bull Acad. de méd.* (Voir le T. XV, p. 59, T. XVI, p. 223, 1886.

(3) Dujardin-Beaumetz. — *Du surmenage intellectuel dans les écoles* (Ibid. T. XVI, p. 219.

(4) *Ibid*. T. XVI, p. 228.

tion de la proportion d'oxygène de l'air que par l'augmentation de l'acide carbonique, que par la putréfaction des matières organiques contenues dans l'air expiré, modifie les conditions de la respiration, d'où résultent des troubles de l'hématose. Ces troubles, sauf dans les salles des cours, sont rarement aigus et assez intenses pour amener des phénomènes asphyxiques; mais par leur persistance, ils finissent par amener des altérations du sang, qui se manifestent par l'anémie, la chlorose, etc., et des conditions de dépression vitale qui mettent les enfants en état de réceptivité pour les affections contagieuses de tout ordre. L'éclosion de la tuberculose sous toutes ses formes est particulièrement favorisée dans ce milieu méphitique. Les mauvais effets de l'air confiné se font d'autant plus sentir qu'il agit sur des sujets en pleine période de développement et que ces sujets sont sous le coup d'une prédisposition morbide héréditaire. L'encombrement devient d'autant plus efficace que l'emplacement, l'orientation, la construction du bâtiment et des salles de l'école n'ont pas été l'objet de soins suffisants, que la ventilation a été négligée, que le chauffage est rendu défectueux par l'emploi de poêles mobiles qui dessèchent l'air, laissent dégager de l'oxyde de carbone et des matières odorantes, que l'éclairage vient encore altérer l'air, tant en lui enlevant une forte proportion d'éléments respirables, qu'en y répandant les résidus odorants d'une combustion incomplète.

2° *Troubles résultant du défaut d'adaptation du régime.* — L'alimentation des enfants doit subvenir non seulement à leur entretien, mais encore à leur accroissement; elle doit donc être abondante. Mais ce qui nourrit n'est pas tant ce qu'on mange que ce qu'on digère et qu'on assimile. L'alimentation peut donc devenir insuffisante par les défauts de préparation, par des altérations diverses, par une mastication insuffisante, etc. Les règlements relatifs au temps des repas dans les internats, la nécessité pour quelques enfants de se nourrir d'aliments froids apportés à l'école, etc., sont susceptibles de déterminer des troubles digestifs et tous les inconvénients d'une alimentation insuffisante, sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister, mais qui apportent un obstacle au développement, amènent l'anémie, un affaiblissement général, et favorisent éminemment la réceptivité morbide.

3° *Troubles résultant du défaut de soins de propreté et du défaut d'adaptation du vêtement.* — Si la propreté des salles d'étude et des dortoirs est fort négligée dans les établissements dits d'éducation, la propreté du corps et du vêtement ne l'est pas moins, souvent la surveillance relative à cette partie de l'hygiène est complètement nulle. Il est inutile de s'arrêter sur certaines horreurs qui sont connues de tout le monde : nombre d'établissements sont dépourvus de tout appareil propre aux bains, même locaux. Cette absence de soins de propreté, outre qu'elle entrave les fonctions physiologiques de la peau, favorise le développement des affections contagieuses. Souvent aussi l'excitation génitale qui conduit aux habitudes vicieuses, résulte d'irritations locales dues au défaut de propreté.

Le vêtement n'a pas été non plus l'objet de la sollicitude éclairée des pédagogues. Non seulement il est souvent incorrect au point de vue de la forme, des obstacles qu'il apporte à la circulation ou à la respiration, mais il est fréquemment insuffisant. Une hérésie s'est répandue dans le public qui consiste à croire que moins les enfants sont vêtus, plus ils s'aguerrissaient contre les intempéries. Spencer a réagi avec raison contre cette erreur homicide. « Le froid n'est supporté par les animaux qu'aux dépens de leur graisse, de leurs muscles ou de leur croissance... ; à cause de la proportion de la surface à la masse, un enfant perd relativement plus de calorique qu'un adulte. » « Le vêtement, dit Liebig, est pour nous, eu égard à la température, le simple équivalent d'une certaine somme de nourriture. » Il suit de là que l'insuffisance du vêtement concourt à accélérer la dégénérescence. Les vêtements chauds sont d'ailleurs d'autant plus nécessaires aux sujets adonnés aux travaux intellectuels que le défaut d'exercice et une alimentation incorrecte les rend plus sensibles au froid; on a cité de nombreux exemples de sensibilité excessive au froid chez les personnes de cabinet : Malherbe, dit-on, était tellement frileux qu'il se mettait jusqu'à dix paires de bas.

4° *Troubles résultant du défaut d'exercice physique.* — J'ai insisté ailleurs (1) sur l'influence du mouvement et des excitations périphériques sur la circulation, sur l'énergie musculaire, sur la sensibilité et sur les fonctions intellectuelles. Il est certain que, même dans l'intérêt immédiat des fonctions psychiques, l'exercice physique est d'une grande utilité; nombre d'individus reconnaissent les bons effets des mouvements pour exciter la mémoire et l'intelligence en général; quelques-uns se mettent en mouvement par exemple dans leur cabinet, soit qu'il s'agit de rechercher un mot oublié ou de trouver la solution d'un problème, etc., beaucoup remarquent que leurs idées deviennent plus nettes après un exercice corporel quelconque. Non seulement l'exercice physique est utile et peut être même indispensable au développement intellectuel, mais il est absolument nécessaire à l'entretien du corps.

Les premiers effets de l'absence d'exercice, de la « sédentarité » comme on dit aujourd'hui, se font sentir sur la digestion. L'absence d'excitations périphériques entraine un ralentissement de la circulation et par conséquent des sécrétions gastriques et intestinales qui ne suffisent plus aux actions chimiques de la digestion. Bientôt les troubles digestifs s'accentuent; viennent l'inappétence, la dyspepsie, l'anémie, la chlorose. Aux désordres digestifs sont liés des troubles de la nutrition, parmi lesquels on a rangé les périostites alvéolo-dentaires (Magitot), les altérations des dents (Pietkiewicz, Galippe, Lucas-Championnière) qui sont souvent aussi imputables aux déchéances organiques congénitales. La constipation et la position assise prolongée entraînent des troubles de la circulation dans la partie inférieure du tube digestif, se manifestant quelquefois même chez de très jeunes sujets par des hémorrhoïdes, et des troubles du même ordre des organes génito-urinaires, qui concourent fréquemment à la production de l'excitation

(1) *Sensation et mouvement, études de psycho-mécanique.* — Alcan, édit., 1887.

génitale conduisant aux habitudes vicieuses. Chez les filles principalement, la constipation opiniâtre est souvent le symptôme précurseur de l'anorexie dite nerveuse, dont la terminaison peut être fatale. A côté des inconvénients de la rétention des matières fécales, il faut signaler ceux de la rétention des urines qui chez les enfants entretient l'excitation génitale, et, chez les adultes aussi, a l'inconvénient de favoriser le développement de la pierre à laquelle ils sont déjà prédisposés par le ralentissement de la nutrition : la goutte et la gravelle intimement liées par l'hérédité aux névropathies (1) sont en effet des affections très fréquentes chez les individus adonnés aux travaux intellectuels.

Chez les hommes de cabinet, l'absence d'exercice et d'excitations physiologiques conduit souvent à la recherche d'excitations artificielles, à l'usage du thé, du café, du tabac, de l'opium, etc., de tous les aliments nerveux (Mantegazza), dont nous ne rappellerons pas ici les inconvénients.

Il faut remarquer que, dans les écoles, ce n'est pas seulement le temps qui manque pour les exercices physiques, mais aussi la direction et l'espace : 1° La surcharge des progammes universitaires, surtout dans les classes supérieures et dans les écoles spéciales, principalement à l'époque des examens et des concours, condamne souvent, faute de temps, les écoliers à un sédentarisme absolu ; 2° Le temps qui est attribué aux exercices physiques et aux jeux, manque de surveillance éclairée et de direction. En ce qui concerne la gymnastique, elle est souvent livrée au bon plaisir de maîtres dépourvus d'instruction appropriée. Pour les jeux, souvent l'espace manque ; et il faut bien reconnaître que dans bon nombre d'établissements où il pourrait être suffisant, les jardins qui servent de réclame sont réservés au personnel administratif, tandis que les élèves sont relégués dans des cours murées, où on voit tourner, comme des prisonniers dans leur préau, des êtres chétifs et rabougris, vieillards précoces, auxquels leurs condisciples, restés vivaces malgré tout, ont décerné prématurément le nom de « père ». C'est surtout dans ces conditions que l'introduction du travail manuel dans l'éducation pourrait présenter de grands avantages.

5° *Troubles résultant de l'exercice exagéré de certains organes.* — On a, de tout temps, signalé l'existence de troubles visuels chez les individus qui fatiguent leurs yeux à des travaux d'étude ou d'art ; on a accusé principalement les veilles prolongées; mais on ne discutait guère les faits; c'est ainsi que quelques auteurs attribuent sans hésiter à leurs travaux la cécité d'Homère et de Milton, et qu'on a doué Michel-Ange d'un singulier trouble visuel : après avoir peint les plafonds de la chapelle Sixtine, il aurait été pendant plusieurs mois incapable de lire autrement qu'en regardant en haut.

Les études récentes faites par un grand nombre d'ophthalmologistes mettent en lumière la fréquence de la myopie qui croîtrait en raison de l'avancement des études universitaires, les myopes étant deux ou trois fois plus nombreux dans les écoles supérieures que dans les écoles primaires. Mais nous noterons cette remarque de M. Galezowski, à savoir que certains peuples, certaines races, sont plus prédisposés par l'hérédité à la myopie par le travail scolaire; la notion d'hérédité pourrait s'appliquer aussi bien au strabisme, qui résulte quelquefois des efforts d'accommodation. D'autre part, MM. Javal et Nordenson ont particulièrement insisté sur le rôle de l'astigmatisme et des efforts d'accommodation dans le développement de la myopie scolaire, qui a d'autant plus de chances de se développer que l'enfant prédisposé est envoyé à l'école plus jeune, que son travail est plus prolongé et mal réglé, que l'éclairage est insuffisant, que l'impression du livre est mauvaise, que la disposition du mobilier scolaire est défectueuse et nécessite des attitudes forcées, quand l'enfant, par exemple, écrit obliquement, en déviant la tête et le corps vers la gauche.

Les écoliers sont quelquefois atteints de crampes fonctionnelles, de crampes des écrivains, de crampes de pianistes, etc. Il semble légitime de leur appliquer cette remarque de M. Gallard (1), à savoir que ce ne sont pas les sujets qui écrivent le plus qui sont affectés de crampe des écrivains, ce sont ceux qui sont les plus prédisposés par leur hérédité névropathique.

Nous nous arrêtons là aujourd'hui ; nous terminerons prochainement l'exposé de cette question. Ch. Féré.

(1) *La famille névropathique* (*Arch. de neurologie*, janvier et mars 1884.

(1) *Progrès médical*, 1877, p. 546.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 janvier 1887. — Présidence de M. Gosselin.

M. Vulpian présente une *nouvelle statistique des personnes qui ont été traitées à l'institut Pasteur*, après avoir été mordues par des animaux enragés ou suspects. Ce document, que nous avons reproduit dans notre dernier numéro, proclame éloquemment l'efficacité de la méthode. M. Vulpian insiste sur le traitement intensif que M. Pasteur applique depuis quelques mois aux morsures les plus graves. Sur les cinquante personnes mordues à la tête ou à la face par des chiens reconnus enragés, aucune n'a été atteinte de la rage, grâce à ce nouveau traitement intensif. Si ces personnes n'avaient pas été traitées au laboratoire de M. Pasteur, il y aurait eu certainement parmi elles quarante à quarante-quatre cas de rage terminés par la mort.

M. Marey étudie par la chronophotographie *le mécanisme du vol des oiseaux*. Il examine successivement l'angle que fait l'axe du vol avec l'horizon, la fréquence des battements de l'aile, la vitesse de l'oiseau, les oscillations verticales et les changements d'inclinaison du corps, la trajectoire de l'aile, etc.

M. Phisalix indique les résultats de ses recherches sur *les nerfs crâniens d'un embryon humain de trente-deux jours*. Les paires crâniennes sont construites d'après un type absolument comparable aux paires rachidiennes. Les différences apparentes résultent d'une modification secondaire de la disposition primitive, modification due à l'accroissement rapide et précoce du tube médullaire pour constituer le bulbe.

M. J. Renaut décrit *l'évolution épidermique et l'évolution cornée des cellules du corps muqueux de Malpighi.* L'apparition de l'éléidine, dans l'évolution épidermique, est le signal de la fonte des fibres unitives et peut-être le produit même de cette fonte est-il l'éléidine elle-même. L'éléidine n'est certainement pas une substance kératogène, puisqu'elle manque régulièrement dans le corps muqueux

évoluant en formations cornées persistantes. Elle existe, au contraire, partout où les cellules malpighiennes, après leur complète évolution, ne doivent pas rester solidement unies. Son apparition indique que la formation des fibres unitives va s'arrêter et rétrograder, que la cellule va perdre son noyau comme si l'éléidine était un poison pour lui : c'est l'évolution épidermique. Son absence montre au contraire chez les mammifères qu'on est en présence de l'évolution cornée vraie, c'est-à-dire de celle qui saisit la cellule malpighienne telle qu'elle était dans le corps muqueux, avec toute sa vitalité accusée par la persistance du noyau et tous ses moyens d'union avec ses similaires, constitués par les filaments unitifs.

MM. Mairet et Combemalle ont étudié *l'action physiologique du méthylal*, acétat obtenu par l'action de la potasse sur le forméthylal. Ce corps est un hypnotique, et. à en juger par la rapidité de son élimination, par l'absence ou le peu de troubles qui se montrent au réveil, un hypnotique qui ne s'accumule pas dans l'économie et dont le degré de toxicité est faible.

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section d'anatomie et zoologie pour remplir la place laissée vacante par le décès de M. Charles Robin. M. Ranvier est élu, au premier tour de scrutin, par 29 voix sur 56 votants. M. Dareste obtient 14 suffrages ; M. Perrier en obtient 13. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 janvier 1887. — Présidence de M. Grimaux.

M. Arloing envoie une note de M. L. Picard : *Contribution à l'étude de l'hypnotisme et de la suggestion.*

M. le professeur Gamaleïa (d'Odessa) lit une note sur la *rage paralytique*. Après avoir parlé de la récente discussion qui a eu lieu à ce sujet, l'auteur pose en principe que la rage paralytique, non seulement existe chez l'homme, mais encore existe fréquemment, au point qu'il a pu en observer 16 cas tous démonstratifs. Il lit alors deux observations typiques, dans lesquelles presque tous les muscles du corps, y compris ceux de la langue et de l'œil, furent paralysés. La rage paralytique peut se combiner avec la rage furieuse. Elle se produit surtout lorsque les morsures ont été nombreuses et profondes et, partant, paraît dépendre de la grande quantité du virus rabique inoculé. Cette variété de rage a naturellement toujours existé, mais elle a été presque toujours méconnue. A ce propos, l'auteur cite une observation datée de 1832 et signée de Cuvier et Dupuytren, se rapportant manifestement à un cas de cet ordre. Là ou de tels observateurs ont erré, d'autres ont pu également se tromper.

M. le Président remercie M. Gamaleïa d'avoir donné à la *Société* la primeur de sa très intéressante communication.

M. Laborde a vu, en 1857, dans le service de Bouillaud un cas de rage paralytique donl il se rappelle parfaitement tous les détails. L'observation prise par M. Duroziez n'a pas été publiée. Au point de vue expérimental, il ne faut pas conclure du lapin au chien et du chien à l'homme, car le même virus peut, suivant l'organisme, donner des réactions fonctionnelles différentes.

M. Beauregard remet deux notes, l'une de MM. Tourneux et Herman : *De la disparition de la zone pellucide dans l'œuf de la lapine dans les premiers jours qui suivent la fécondation* ; — l'autre de M. Wertheimer : *Sur les effets produits par l'excitation des nerfs centripètes sur les centres respiratoires.*

M. Gréhant rappelle combien il est difficile d'anesthésier les rongeurs, le lapin en particulier, à l'aide de chloroforme : presque toujours la mort survient après les premières inspirations. Aussi, s'appuyant sur une expérience de P. Bert, emploie-t-il un mélange de 100 litres d'air, 105 litres d'acide carbonique et 28 litres 3 d'oxygène qui lui permettent d'obtenir une anesthésie complète pouvant durer plus d'une heure sans aucun danger.

M. Dastre vante les bons effets de l'atropomorphine pour obtenir semblable anesthésie.

M. Gréhant répond que l'atropomorphine arrête les sécrétions glandulaires et ne peut être employée dans tous les cas.

M. Dastre emploie alors le curare et la respiration artificielle.

M. Straus, qui faisait depuis longtemps des recherches sur l'effet de l'alcool, a remarqué qu'en introduisant dans l'estomac d'un lapin 5 à 8 grammes d'alcool absolu, il obtenait 4 à 6 heures d'un coma profond, pendant lequel on pouvait soumettre l'animal à toutes les expériences désirables.

M. R. Dubois dit qu'à l'aide de la méthode des mélanges titrés d'air et de chloroforme on peut, sans danger, anesthésier les lapins.

M. Chauveau connaît les dangers de l'anesthésie chloroformique chez le lapin : bien souvent il a eu à observer de semblables accidents, fort défavorables, surtout lorsqu'ils surviennent au courant d'une leçon, mais il n'en est pas moins vrai qu'avec un peu de précaution on peut très bien anesthésier les lapins à l'aide du chloroforme. Même en cas d'accidents, il ne faut pas désespérer de voir ces animaux revenir à la vie, car, en faisant la respiration artificielle, on arrive souvent à les ranimer.

M Gréhant décrit un dispositif spécial qu'il a adapté au régulateur de température constante de M. d'Arsonval.

M. Gley a expérimenté le chlorhydrate d'hyoscine en collaboration avec M. Rondot. Cet alcaloïde est un mydriatique puissant ; quelques gouttes suffisent pour dilater la pupille pendant 4 à 5 jours, et presque instantanément. C'est de plus un toxique très faible, car 15 à 20 centigr. injectés sous la peau d'un lapin ne suffisaient pas pour tuer l'animal.— M. Quinquaud remet une note de MM. Mairet et Combemal sur l'*action diurétique du nitrate de potasse.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er *février* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Proust donne lecture, au nom de M. le Pr Cantani, (de Naples), d'une note relatant les résultats qu'il a obtenus en pratiquant les *inoculations antirabiques*, suivant la méthode de M. Pasteur. L'Institut clinique de Naples est dirigé par M. Cantani. Au mois d'avril 1886, M. A. di Vestea fut chargé de venir étudier à Paris le traitement de la rage suivant les procédés de M. Pasteur. Le 24 juillet, M. A. di Vestea rentra à Naples avec deux lapins rabiques, inoculés avec le virus fixe et entreprit une série d'expériences dans le but de contrôler les faits expérimentaux de M. Pasteur et de les appliquer ultérieurement à l'homme. A l'heure actuelle, 78 personnes ont été reçues à l'Institut de Naples et 69 d'entre elles ont été traitées. Trois statistiques ont été établies : la première comprend les individus mordus par des animaux dont la rage a été constatée ; la deuxième, les individus mordus par des animaux déclarés rabiques, soit par des médecins, soit par des vétérinaires ; la troisième, enfin, les mordus par des animaux suspects. Ces statistiques sont très détaillées et contiennent l'histoire complète de chaque individu ainsi traité. M. le professeur Cantani déclare que tous ces individus sont en parfaite santé. En terminant sa note, M. Cantani annonce qu'il a observé un cas de rage paralytique chez un individu non traité et mordu quarante jours auparavant.

M. Lancereaux présente une série de pièces anatomiques provenant d'une femme, âgée de 22 ans, accouchée le 20 novembre dernier pour la troisième fois, et morte vers le 12 janvier, des suites d'une *inflammation des sinus utérins* propagée aux veines utéro-ovariennes, aux veines rénales, à l'artère rénale, à l'aorte, à l'artère iliaque et à la fémorale. Ces vaisseaux se sont oblitérés successivement. M. Lancereaux a également trouvé une embolie, qui s'est propagée dans la plupart des vaisseaux du poumon gauche pour aboutir à une pneumonie suppurée. Aussi, il estime que tous ces désordres doivent être attribués à la présence

d'un agent infectieux, qu'il n'a pu mettre en évidence. Le principal intérêt de cette communication est dans la propagation d'une phlébite aux artères correspondantes, soit par le contact, soit par les capillaires.

M. Proust fait une communication sur *la désinfection à bord*. Les mesures d'assainissement et de désinfection exécutées à bord sous la direction d'un médecin instruit et indépendant des compagnies de navigation, rendront souvent inutiles les quarantaines dites d'observation, surtout lorsqu'il s'agit de longues traversées. Ce qui vient de se passer sur le *Mytho* établit que la désinfection à bord n'est pas seulement une mesure théorique, mais qu'elle peut être complètement réalisée. La présence, dans ces dernières années, du choléra à bord d'un certain nombre de navires provenant de l'Extrême-Orient, la façon dont les autorités anglaises interprètent les conditions sanitaires des ports indiens, l'absence de valeur à accorder aux patentes délivrées sur de pareilles bases, rendent tout à fait indispensable la pratique à bord des mesures d'assainissement et de désinfection. Une inspection médicale sérieuse à Suez, et des mesures d'assainissement et de désinfection adaptées à l'état des navires, sont également nécessaires. Les ports principaux qui, depuis dix ans, ont donné lieu à l'exportation du choléra par des navires venant de l'Extrême-Orient vers l'Occident et qui, par suite, doivent être l'objet d'une surveillance plus attentive dans les ports de l'Inde anglaise sont : en première ligne Bombay, puis Calcutta, Moulmain et Basseim, Kuratchi, Saigon (Cochinchine française), et quelques autres points des possessions françaises de l'Extrême-Orient ; récemment, en 1885, les deux grands ports de la Chine et du Japon, Sanghaï et Yokohama. Les provenances de certaines régions de l'Amérique du Sud doivent être surveillées en ce moment au point de vue du choléra.

M. Panas fait une communication sur la *nutrition de l'œil* que, vu l'heure avancée de la séance, il est obligé d'interrompre et de remettre à la prochaine séance.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. La Commission présente : en première ligne, M. Worms ; en deuxième ligne, M. Magitot ; en troisième ligne, MM. Blache, Corlieu, Galezowski, Rivière.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. Votants : 70. Majorité : 36. Au premier tour de scrutin, M. Prunier obtient 53 voix ; M. Marty, 9 ; M. Moissan, 4 ; M. Yvon, 3 ; M. Chastaing, 1. En conséquence, M. Prunier ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 janvier 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Desnos donne un résumé des deux observations de cirrhose du foie guéries que M. Leprévost a adressées du Havre à la Société médicale. Dans un cas, il s'agit d'un malade qui, après avoir été ponctionné huit fois, eut une ostéomyélite du tibia pour laquelle on amputa la jambe. Il a été ponctionné encore trois fois depuis ce moment et depuis 11 mois le liquide ne s'est pas reproduit. Dans l'autre cas, le malade avait à la fois une ascite et une pleurésie ; après trois ponctions, l'ascite disparut et ne s'est pas reproduite depuis 18 mois. La pleurésie semble devoir suppurer.

M. Richard rapporte le cas d'un alcoolique ponctionné trois fois et qui depuis semble guéri.

M. Desnos lit également une lettre de M. Lépine (de Lyon) sur la *valeur diagnostique de l'absence de l'acide chlorhydrique dans le cancer de l'estomac*. Il ne pense pas que ce signe ait une grande importance. Bien souvent en effet l'acide chlorhydrique existe dans ces cas et sa non-constatation tient soit aux réactifs employés, soit à la présence dans le liquide gastrique d'autres substances, telles que les peptones qui gênent la production de la réaction colorante. D'ailleurs, d'après M. Lépine, l'orangé Poirier et le violet de gentiane sont de mauvais réactifs auxquels il faut substituer le *vert brillant* ou encore le *vert malachite*.

M. Debove n'a pas dit que ce fût là un signe absolu, mais seulement un signe diagnostic probable. C'est ainsi que dernièrement une malade dont le suc gastrique ne renfermait pas d'acide chlorhydrique n'avait pas néanmoins de cancer de l'estomac ainsi que l'autopsie le montra. Quant aux réactifs qu'il emploie, il les croit supérieurs à ceux vantés par M. Lépine qui ne donnent pas de réactions très évidentes. Enfin il critique même les observations de M. Lépine à cause de l'usage que faisaient les malades de lait ou képhir.

M. Cadet de Gassicourt fait une critique de la communication faite par M. Sevestre dans la précédente séance sur les *broncho-pneumonies infectieuses*. Il ne croit pas qu'on puisse être en droit d'établir une relation de cause à effet entre cette diarrhée, suite d'entérite sans caractères spéciaux, et la broncho-pneumonie qu'on observe parfois ensuite. Il ne voit là rien d'infectieux.

M. Sevestre reconnaît en effet que, à côté des faits qu'il a publiés, il y a une part d'interprétation nécessairement encore hypothétique, qu'il a simplement proposé une explication sans vouloir rien affirmer, de nouvelles recherches étant certainement nécessaires.

M. Renaut a expérimenté les lavements d'acide carbonique seul, dans plusieurs cas d'emphysème avec catarrhe pulmonaire. La dose injectée était d'un litre à la fois. Chez tous les malades, il y eut grande amélioration de la toux et de la dyspnée ; chez un d'eux, l'amélioration était telle qu'on put cesser après le troisième lavement.

M. Ballet critique ces différentes observations : toute médication nouvelle, quelle qu'elle soit, s'accompagne toujours au début d'un certain soulagement chez ces chroniques ne fût-ce que par une sorte de suggestion ; dans les autres cas, sauf deux, l'amélioration, a été bien médiocre pour qu'on puisse se prononcer. Quant à lui, il n'a rien obtenu avec les injections d'acide carbonique mélangé aux vapeurs sulfureuses ; au contraire, les lavements d'acide carbonique et de vapeurs de sulfure de carbone ont produit une réelle amélioration aussi bien chez des tuberculeux que des emphysémateux. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Berger lit un rapport sur une observation de M. Jeannel (de Toulouse). Aujourd'hui il désire compléter les renseignements fournis à ce propos dans une précédente séance de la Société. Cette observation, déjà analysée en partie, avait pour titre : *Tumeur du maxillaire supérieur (kyste dermoïde du bord alvéolaire)*. Ce kyste, qui se développa en quelques années sur la ligne médiane de l'os, s'ouvrit et donna lieu à une fistule. L'extirpation en fut faite et l'examen histologique, pratiqué par M. Laulanié, permit de faire le diagnostic. La tumeur récidiva et, en enlevant la nouvelle tumeur récidivée, on remarqua, à son pourtour, de petits amas, des sortes de petites tumeurs. Une discussion suivit, à la Société de chirurgie, la lecture du rapport fait une première fois à la Société par M. Berger au sujet de ce cas. On crut plutôt, au sein de la Société, à un épithélioma à forme kystique. Depuis cette époque, M. Jeannel a suivi le malade, il n'a pas observé de nouvelle récidive, et, d'autre part, a envoyé la tumeur à M. Malassez. Ce dernier, après examen, a conclu que c'était bien là un kyste dermoïde histologiquement (fait d'ailleurs très rare) ; mais cliniquement on doit avouer que c'est une sorte de tumeur encore mal décrite. En raison du certain degré de malignité de la tumeur, il pense qu'on peut la dénommer : Épithélioma à cellules pavimenteuses et à type dermoïde de la même façon qu'on admet l'existence d'un épithélioma de l'ovaire, à forme mucoïde. Il explique son siège par son développement au dépens de ce qu'il a appelé les débris épithéliaux paradentaires.

M. Terrier fait connaître aux membres de la Société la statistique des opérations qu'il a pratiquées l'année dernière (1886), dans son service à l'hôpital Bichat. Sur 239 opérations, il y a eu 19 décès. Il accompagne cette statistique de quelques remarques sur l'érysipèle des opérés. Dans un cas, un malade

opéré a été atteint de cette affection, après avoir été dans une salle de médecine où il y avait plusieurs cas d'érysipèle.

M. DESPRÉS fait remarquer que cette année (1886) les érysipèles ont été rares; il n'a vu qu'un seul érysipèle opératoire dans son service.

M. TRÉLAT affirme que si les cas d'érysipèle diminuent, cela tient aux précautions antiseptiques que presque tous les chirurgiens prennent actuellement.

M. TERRIER est de l'avis de M. Trélat; il est absolument partisan de la contagion de l'érysipèle comme de la tuberculose.

M. ROUTIER lit une observation de *rétrécissement généralisé du système artériel par endartérite*; ce cas n'est explicable ni par la congénitalité, ni par l'alcoolisme, ni par la syphilis. Il s'agit d'une sclérose généralisée de cause indéterminée. Un homme de 55 ans, ayant présenté jadis un ulcère de jambe, est pris de douleurs dans l'orteil gauche; puis on voit apparaître en cet endroit une ulcération et de la gangrène. Le pied droit se prend ensuite. Amputation, et guérison rapide. Mort 2 mois après de troubles cérébraux. A l'autopsie, on constate que l'aorte est épaissie par places, que la lumière de ce vaisseau est diminuée par endroits, de même pour la carotide et la crurale. L'artère poplitée droite présente aussi un épaississement de ses parois. La poplitée gauche est oblitérée presque complètement (Renvoi à une commission).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation envoyée par M. Montais et intitulée : *Anévrysme de l'artère fémorale droite.*

La Société se réunit à cinq heures, en comité secret, pour entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire. MARCEL BAUDOUIN.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre; par le Dr Constant ROBERT.

II. Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon; par le Dr FERRAS.

I. Dans la première partie de son consciencieux travail M. Robert fait l'historique de la question. De Bordeu est le premier médecin qui ait mentionné l'action bienfaisante des Eaux de Cauterets dans l'impaludisme. Sur ce fait, il s'exprime en ces termes : « Borie prétend que les Eaux de Cauterets ne conviennent pas pour les fièvres intermittentes ; cette opinion doit-elle être reçue sans restriction ? Et contrairement à l'assertion de son devancier, il consignait dans le journal de Barèges quatre exemples de fièvres tierce et quarte guéries par les Eaux de Barèges. En 1824, Cyprien Camus, médecin à Cauterets, constata que des fièvres tierce et quarte rebelles aux moyens ordinaires ont disparu sous l'influence de l'air salubre des montagnes et des Eaux de la station. A la même époque que Camus, Fabas, médecin à Saint-Sauveur, publiait à son tour de nouvelles observations de fièvres palustres guéries par la médication sulfureuse seule. Dans la seconde partie de la brochure, M. Robert passe en revue les différentes formes de l'impaludisme qu'il groupe en quatre périodes. A. Période primaire (fièvre rémittente, pseudo-continue, fièvre quotidienne). B. Période secondaire (fièvre tierce, quarte, double quarte, larvée). C. Période tertiaire. Elle est caractérisée par des accidents variés, par des congestions viscérales graves ou légères, par de la fièvre hectique sans caractère spécial. D. Période quaternaire. C'est la déchéance physiologique avec son cortège d'indurations organiques. C'est, en résumé, la classification de Duboué (de Pau). Dans les première et deuxième période, le sulfate de quinine surtout, l'arsenic, sont encore les plus sûrs médicaments. Mais lorsque l'affection arrivera à la troisième et quatrième période, il faudra recourir sans hésitation à la médication sulfureuse. Il arrive parfois que la cure de Cauterets fait renaître des accidents palustres chez des malades venus aux Eaux pour une affection catarrhale des bronches. Vers le dixième jour, on est frappé de voir survenir des accès de fièvre intermittente à type quotidien ou autre, ne ressemblant aucunement à la fièvre thermale. On administre alors le sulfate de quinine soit isolément, soit concurremment avec les Eaux, et en peu de temps les accidents fébriles cessent. La répétition fréquente de faits analogues, dit M. Robert, nous conduit à admettre que nos Eaux sulfureuses réveillent les manifestations aiguës d'une diathèse palustre plus ou moins invétérée. C'est dans l'ordre des choses, le professeur Verneuil n'a-t-il pas démontré, en effet, qu'il suffit du plus léger traumatisme pour rappeler des accès palustres depuis longtemps éteints ?

II. M. Ferras est un travailleur consciencieux produisant beaucoup et dont les produits sont bons. La laryngite chronique est exceptionnellement une manifestation isolée de l'arthritisme. Dans le plus grand nombre des cas elle s'accompagne de coryza chronique et de pharyngite granuleuse. Généralement même, l'inflammation commence par les fosses nasales, gagne ensuite le pharynx, et plus tard le larynx. A l'aide du miroir, M. Ferras a établi nettement les principaux caractères de la laryngite chronique des arthritiques. La muqueuse prend la coloration rouge vif, elle est le siège d'un gonflement superficiel général, marquant les cartilages sous-jacents et augmentant le volume des éminences arytenoïdes, toutefois les glandules n'acquièrent pas une dimension suffisante pour faire relief à la superficie. C'est en résumé une véritable laryngite hypertrophique. Comme il s'agit là d'une manifestation constitutionnelle, le traitement général est de la plus haute utilité : il consiste en bains, douches et eau en boisson. Mais il serait insuffisant pour remédier aux désordres laryngiens si on n'y joignait pas un traitement local comprenant la douche pulvérisée, le massage, le gargarisme. La douche pulvérisée est d'un puissant secours ; sa durée est de huit à dix minutes, puis de quinze et même de trente pour les malades dociles, mais souvent elle est mal tolérée. Le humage offre aussi de précieux avantages surtout lorsque la douche pulvérisée est mal supportée. Enfin le gargarisme exécuté avec soin modifie rapidement la teinte rouge de l'isthme, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx, et cela d'une manière très active. En huit ou dix jours le coryza et la pharyngite chroniques s'améliorent, du côté du larynx on observe, dit M. Ferras, la diminution de l'hyperémie. La muqueuse est moins gonflée, les cordes vocales sont plus mobiles et moins rouges. Ce mieux ne fait que s'accentuer les jours suivants. A la fin de la cure on voit parfois une poussée de retour, accusée par une vascularisation peu riche, et par des modifications fâcheuses dans le ton et le timbre de la voix, et aussi par des sensations de picotement et de cuisson au niveau du larynx, mais tous ces symptômes disparaissent très rapidement. Vingt-quatre observations recueillies par M. Ferras dans sa pratique journalière, suivies de guerison ou tout au moins d'amélioration durable, témoignent en faveur de l'emploi des Eaux sulfurées dans la laryngite chronique des arthritiques.

J. CORNILLON.

VOLONTARIAT. — Un sergent d'infirmiers enseigne aux étudiants, engagés conditionnels, la tenue des cahiers de visite. Il dicte un nom de malade ; arrivé à la case du diagnostic : « Voyons, une maladie un peu chic ! Ecrivez : Valet, soldat au 15e de ligne ; nom de la maladie : *hypothénar*. » Rires parmi les volontaires. Le sergent satisfait : « Hein ! vous n'avez pas des maladies comme ça dans les hopitaux civils ! » (*Province médicale*).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Plusieurs de nos abonnés nous réclament les tables des matières des deux volumes parus en* 1886. — *La table du premier semestre a paru dans* **le numéro 35 de 1886**, *et la table du deuxième semestre dans* **le numéro 5 de 1887**. — *Nous prévenons nos abonnés que, conformément à nos avis précédents, les quittances de réabonnement sont, mises en recouvrement.*

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

Vienne, le 22 janvier 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef,

M. le Dr ZEMANN, assistant de M. le professeur KUNDRAT (de la chaire d'anatomie pathologique), a fait récemment une importante communication sur la *tuberculose de l'œsophage* à la Société médicale império-royale de Vienne. M. le Dr Zemann dit : La tuberculose de l'œsophage, qu'on considère communément comme n'existant pas ou comme une affection excessivement rare, se présente sous les formes suivantes :

1° La tuberculose de l'œsophage peut être, comme cela a lieu dans la plupart des cas, une propagation du même processus morbide partant des poumons malades eux-mêmes ou des ganglions bronchiques et trachéaux tuberculeux. Ce sont particulièrement les ganglions lymphatiques de la bifurcation de la trachée qui, comme on le sait, sont le plus souvent tuberculeux. Le processus se propage alors vers l'œsophage; dans quelques endroits il peut se faire une perforation de l'œsophage, quand le processus tuberculeux s'étend au dehors des limites des ganglions lymphatiques. De tels cas peuvent guérir dans certaines circonstances, comme on peut s'en convaincre par quelques préparations. D'autre part, le processus tuberculeux peut se propager sur la paroi antérieure de l'œsophage, de sorte qu'il se développe des tubercules dans le voisinage, en haut et en bas, et ces tubercules s'ulcèrent plus tard dans quelques cas. Les pertes de substance qui sont causées par ce processus peuvent atteindre de grandes dimensions, de sorte qu'il se fait des ulcérations d'une longueur de 2 à 3 centimètres. Le plus souvent, il se produit dans les cas où les lésions sont avancées, une perforation dans la trachée ou de l'une des deux bronches. M. le Dr Zemann fait remarquer que ces cas ne sont point si rares qu'on le croyait jadis. Sur 106 cas de phthisie que M. Zemann a examinés, il a rencontré trois fois de telles lésions. D'après Louis, ces lésions ne semblaient pas être rares non plus dans les cas de phthisie ; Louis trouva cette localisation de la tuberculose six fois sur 120 cas.

2° Une autre forme de tuberculose de l'œsophage est celle dans laquelle le processus tuberculeux se propage en partant du pharynx ou du larynx. C'est un développement de tubercules dans la continuité du conduit alimentaire. Dans ces cas, les ulcérations sont le plus souvent superficielles, peuvent être confluentes et atteindre de plus grandes dimensions ; elles se trouvent dans le tiers supérieur de l'œsophage. Sur les 106 cas de phthisie mentionnés ci-dessus on a pu constater deux fois une telle propagation du processus tuberculeux. Un seul autre cas de cette catégorie est connu dans la littérature médicale, c'est celui de Beck. La forme la plus intéressante de tuberculose de l'œsophage est celle qui se présente comme conséquence des ulcérations ci-dessus ; elle est consécutive le plus souvent à des corrosions produites par des substances corrosives. M. le Dr Zemann a cité quatre cas de cette catégorie dont l'un avait déjà été décrit par le Dr Breus. Les préparations que M. Zemann a montré à cette occasion à la Société expliquent pourquoi l'œsophage jouit d'une grande immunité vis-à-vis des bacilles qui sans doute passent sur lui souvent et en grandes masses. Du moment où l'œsophage est dépourvu de son épithélium stratifié, lequel, comme on le sait, est capable d'une grande résistance, il devient accessible à l'immigration des bacilles. Dans les cas de tuberculose de l'œsophage (2e forme), il était question d'individus qui, dans l'intention de se suicider, avaient bu de l'hydrate de protoxyde de potassium (potasse hydratée) ou de l'acide nitrique, et qui avaient encouru par cela même des strictures de l'œsophage à un haut degré. Ces individus étaient déjà les uns tuberculeux avant l'ingurgitation des liquides corrosifs ; chez les autres le processus tuberculeux s'est établi pendant le cours de la maladie et a eu comme résultat une phthisie à très haut degré. Le processus a eu une durée de 3 à 4 mois. A l'autopsie on découvrit outre des lésions tuberculeuses dans les poumons, une tuberculose des intestins, mais jamais une tuberculose dans les glandes lymphatiques bronchiques ou trachéales ou dans le larynx. Dans le tissu cicatrisé de l'œsophage on trouva des tubercules jaunes et caséeux ; l'examen microscopique des masses caséeuses et des tubercules montra la présence de cellules géantes et de bacilles. Ces cas montrent donc jusqu'à l'évidence pourquoi dans des cas de phthisie l'œsophage est si rarement affecté, pourquoi la tuberculose ne se propage pas par voisinage.

3° Quand l'épithélium stratifié de l'œsophage est relâché, ou quand il est tout à fait absent, une infection par les bacilles qui arrivent par les crachats de l'individu dans l'œsophage devient possible, et on a alors une tuberculose de l'œsophage dans une grande étendue. M. le Dr Zemann fait remarquer que des cas pareils n'étaient guère mentionnés dans la littérature médicale jusqu'à présent. Il n'y a guère que Breus et Eppinger qui aient décrit des cas semblables.

4° Mazotti a cité aussi un cas de tuberculose aiguë miliaire de l'œsophage, mais ceci semble ne se rencontrer que très rarement, car des recherches ultérieures n'ont pas pu faire constater un autre cas analogue, jusqu'à présent du moins.

La tuberculose de l'œsophage se présente en résumé sous quatre formes : 1. Comme propagation de l'affection tuberculeuse des glandes lymphatiques ou des poumons ; 2. Comme une propagation du processus tuberculeux dans la continuité de la muqueuse partant du pharynx ou du larynx ; 3. Comme tuberculose aiguë miliaire ; 4. Comme infection directe de la muqueuse malade par des crachats avalés qui contiennent des bacilles.

Dans ma dernière correspondance je vous avais annoncé que M. le Dr HOCHENEGG, assistant de M. le professeur ALBERT (à la clinique de chirurgie), avait montré à la même Société un cas d'*actinomycose de la paroi abdominale*. Dans une récente séance de la même Société, M. le Dr Hochenegg a présenté le malade guéri. M. le professeur Albert a exécuté sur lui l'opération que je vous avais déjà indiquée. La paroi antérieure fut sectionnée de l'ombilic à la symphyse ; on rencontra alors trois fistules de la grosseur d'un doigt et d'une longueur différente : ces fistules étaient situées dans un tissu scléreux très dense. Toute la tumeur qui avait le volume d'une tête de fœtus était dure aussi. Les trajets fistuleux furent grattés énergiquement à la cuiller tranchante et ceux-ci, aussi bien que la plaie de la paroi abdominale, furent ensuite remplies d'une pâte de sublimé et de poudre silicée (*Sublimat-Kieselguhr*).

Déjà après le changement du premier pansement on ne put plus découvrir de champignons d'*Actinomyces*; la guérison s'établit dans le courant d'un mois et la tumeur disparut tout à fait. Le malade se remit vite de l'opération, et son poids accrut considérablement. M. le Dr Hochenegg a fait remarquer qu'il attribue le succès principalement au pansement de sublimé.

M. le professeur V. BAMBERGER a parlé dans la même séance d'un cas d'*hémoglobinurie paroxystique* qui se trouve à la clinique. C'est cette forme d'hémoglobinurie qui se présente chez des individus tout à fait bien portants à la suite d'un refroidissement intense du corps entier ou de quelques parties de l'organisme, aussi bien qu'après une grande fatigue corporelle. Les urines sont sanguinolentes, mais à l'examen microscopique on ne découvre pas de globules de sang ou tout au plus on les rencontre en un nombre très restreint. La spectroscopie pourtant fait découvrir dans de tels cas les stries d'absorption connues de l'hémoglobine, jaunes et vertes. Les individus qui se sont exposés aux influences mentionnées ci-dessus éprouvent un léger sentiment de frissonnement ou sont mêmes saisis de grands frissons fébriles; un sentiment d'engourdissement s'établit dans les doigts, les ongles deviennent bleus, et à la fin, les individus en question ressentent de la chaleur ; la sueur est observée moins fréquemment dans ces cas. Tantôt on observe aussi une tendance aux vomissements, des maux de tête et des douleurs dans les régions rénales. Les urines restent sanguinolentes pendant une heure et même pendant la durée d'un jour où elles deviennent de nouveau normales. Le complexus entier des symptômes se renouvelle du moment où l'individu s'expose de nouveau aux causes néfastes. La durée et l'intensité de la fièvre aussi bien que le contenu en hémoglobine de l'urine dépendent de l'intensité de l'effet

nuisible. Le malade qui se trouve à la clinique de M. le professeur V. Bamberger est un cocher, âgé de 45 ans ; il se plaignait que depuis environ deux ans il avait le sentiment de frissons nets et d'urines sanguinolentes pendant les temps froids. M le professeur V. Bamberger fit l'expérience suivante : Il fit plonger au patient les mains dans de l'eau glacée et l'envoya avec des vêtements légers dans la cour. L'hémoglobinurie se présenta immédiatement ; elle disparut de nouveau pendant le courant du même jour. Des recherches comparées des urines en ce qui concerne l'acide urique et l'urée aussi bien que le globulin et le « *Serum albumin* », sont exécutées dans le laboratoire de M. le professeur Ludwig. La fièvre est causée dans de tels cas par le détachement de l'hémoglobine ; dans quelques cas l'on observe aussi la présence d' « *Icterus*, fait qui est une preuve que dans le sang ou dans les tissus le « *Bilirubin* » est formé par l'hémoglobine. Dans le cas en question on pouvait observer une légère coloration ictérique.

M le professeur NEUMANN a fait encore dans cette séance une communication très importante : *Sur les divers foyers de reproduction du virus syphilitique ;* je reviendrai sur cette communication dans ma prochaine correspondance.

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ.

BIBLIOGRAPHIE

Sœur Jeanne des Anges. Supérieure des Urselines de Loudun. Autobiographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annoté et publié par les Drs Gabriel LÉGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE. — Préface de M. le Professeur CHARCOT. — *Cinquième* ouvrage de la *Bibliothèque diabolique* (collection Bourneville). Paris, 1886. Au bureau du *Progrès médical*.

Sœur Jeanne des Anges n'est pas une possédée vulgaire ; elle a, comme on en pourra juger, tous les droits aux honneurs que lui rendent MM. Legué et Gilles de la Tourette en lui consacrant ce volume de la *Bibliothèque diabolique* et M. le Pr Charcot en y adjoignant une préface.

Jeanne de Belcier était fille de « Messire Louis de Belcier, baron de Cozes, seigneur d'Eschillais et de la Ferrière, et de dame Charlotte Goumart d'Eschillais, d'une maison très noble, très ancienne et très bien alliée. » Mais l'illustration qu'elle doit à sa naissance est, ainsi qu'il convient, peu de chose auprès de celle que lui ont acquise ses hauts faits lors de la célèbre possession de Loudun qui coûta la vie à Urbain Grandier.

En prenant pour guides MM. Legué et Gilles de la Tourette, essayons de suivre Sœur Jeanne dans les principales étapes de son existence si accidentée.

Toute jeune, et dès son entrée en religion, ils nous la montrent fantasque, indisciplinée ; puis la voici tout d'un coup modeste, soumise, édifiant par son humilité ceux qui l'approchent, transformation subite dont le seul motif est son désir d'être nommée Supérieure des Ursulines de Loudun. Elle est élue, et aussitôt se débarrasse de toute contrainte. Urbain Grandier était alors dans Loudun l'homme à la mode (non pas seulement comme prélat). Sœur Jeanne des Anges désire vivement le connaître et lui fait offrir les fonctions de directeur spirituel du couvent des Ursulines : Grandier refuse. Soit dépit, soit obsession réelle, l'infortunée supérieure, bientôt atteinte des manifestations hystériques les plus marquées, ne tarde pas à le prendre pour objet de ses hallucinations. Il lui apparaît la nuit, il la poursuit « lui parlant d'amourettes, la sollicitant par des caresses aussi insolentes qu'impudiques. »

A ce moment interviennent tous les ennemis d'Urbain Grandier, et ils sont aussi nombreux qu'acharnés. MM. Legué et Gilles de la Tourette nous les montrent excitant cette malheureuse hystérique dans son délire érotique, la pressant de leurs suggestions, jusqu'à lui dicter les accusations les plus invraisemblables Il y a là des scènes d'exorcisme inouïes. Enfin, le but de Laubardemont est atteint, le curé de Saint-Pierre-du-Marché meurt avec les plus horribles raffinements de cruauté. — Cette mort ne suffit point, comme bien on pense, à guérir Sœur Jeanne des Anges, loin de là, et malgré le zèle vraiment excessif de son exorciste, le P. Surin, les manifestations hystériques se montrent de plus en plus nombreuses, de plus en plus intenses. Il faut lire toute l'histoire de la fausse grossesse (1) avec suicide simulé, et celle des stigmates, et celle de la pleurésie miraculeuse guérie par cinq gouttes d'un baume merveilleux appliqué par St-Joseph sur le côté de la malade. Après le drame, après la comédie, nous arrivons aux bouffonneries les plus invraisemblables ; elles sont contées d'une façon fort agréable par les deux commentateurs. Quel épisode que celui de la chemise de Sœur Jeanne imprégnée du baume miraculeux, triomphalement promenée, sous la haute direction de Laubardemont, entre Loudun et Paris, entre Paris et Annecy ! Puis Richelieu baisant et flairant dévotement la précieuse relique dans l'espoir de guérir ses hémorrhoïdes ; enfin la Reine Anne d'Autriche s'en faisant revêtir au moment où débutaient les douleurs et accouchant quelques instants après !

Mais, jusqu'à présent, il n'a guère été question que de l'Introduction de MM. Legué et Gilles de la Tourette, et fort peu du manuscrit de Sœur Jeanne, celui-ci est cependant bien intéressant et peut compter parmi les documents les plus curieux, tant pour l'histoire des possessions que pour celle des manifestations hystériques au point de vue purement clinique. — Grâce aux annotations des deux distingués collaborateurs, on peut dire que ce manuscrit est plus qu'une trouvaille, c'est une restitution complète.

Pathologie des néphrites chroniques ; par le Dr P. SNYERS, assistant à l'Université de Liège. — Mémoire couronné au concours de l'enseignement supérieur des années 1883-1884.

L'auteur établit tout d'abord la distinction entre le mal de Pright, complexus symptomatique embrassant certaines affections du rein qui n'ont rien à voir avec l'inflammation (dégénérescence graisseuse, dégénérescence amyloïde) et d'autre part les néphrites dont le domaine se restreint aux inflammations du rein. Nous passerons sur l'aperçu historique complet et succinct à la fois, pour arriver à l'exposé de l'état actuel de la question. Deux théories principales se sont partagé les suffrages des pathologistes : la théorie de Reinhardt et de Frerichs ou l'unicité, et celle des auteurs anglais ou la dualité du mal de Bright. Jusque dans ces derniers temps, c'est la théorie de la dualité qui a recueilli le plus d'adhérents. Mais la question a été reprise de nos jours avec un nouvel entrain et des travaux tellement nombreux ont été publiés que toutes les revues périodiques importantes renferment chaque année une ou plusieurs communications sur la néphrite. Les travaux les plus récents ont attaqué et ébranlé à son tour la théorie de la dualité des néphrites chroniques. Pour les auteurs les plus modernes, il est incontestable que la pluralité des formes du mal de Bright est une heureuse modification de la théorie anglaise de la dualité, et en présence d'un *examen microscopique fait sans idée préconçue la séparation absolue et la formule d'opposition entre la néphrite parenchymateuse et interstitielle sont insoutenables* Une fois ces prémisses posées, l'auteur entre de plein pied dans son sujet. Son livre se divise en deux parties : *Partie générale* et *Partie spéciale*.

« Dans la première, de beaucoup plus importante, se signale immédiatement un chapitre d'un très grand intérêt ; celui de l'anatomie pathologique générale. Altération des épithéliums, altération des glomérules, altérations du tissu conjonctif, altérations vasculaires sont successivement exposées avec clarté, netteté et une concision qui n'exclut pas la science ; des figures de coupes microscopiques accompagnent le texte et contribuent à la clarté. A propos de la pathogénie des lésions des néphrites, l'auteur fait une part égale entre la théorie de Klebs qui veut que les altérations primitives de la néphrite résident dans le tissu conjonctif et celle de Gull, de Sutton qui n'admet que des lésions vasculaires et relègue tout à fait au second plan les lésions du parenchyme rénal.

En se basant sur une longue série d'expériences, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, l'auteur arrive à cette conclusion que : dans la majorité des cas, il y a identité fondamentale du processus pathologique. Les lésions débutent

(1) Voir : Bourneville et Regnard, *Iconographie photogr. de la Salpetrière*, t. II, p. 217.

par les épithéliums ou les glomérules; le tissu conjonctif prend part à l'inflammation d'une façon secondaire; les vaisseaux se comportent comme le tissu conjonctif, sauf dans les cas d'artério-sclérose généralisée. De quelle nature est le processus qui détermine l'altération des éléments parenchymateux du rein? La dégénérescenee graisseuse des épithéliums est amenée par un manque d'oxygène qui sévit avec *une intensité moyenne;* si le défaut d'oxygène est au contraire brusque et intense, il produit la mortification des éléments. Deux considérations principales entrent en ligne de compte pour expliquer les variétés des reins brightiques : 1° l'intensité de la dégénérescence graisseuse et l'anémie; 2° la marche de la maladie. — Nous ne ferons que mentionner le chapitre d'étiologie générale. La symptomatologie générale comprend d'abord les signes fournis par l'examen de l'urine : son altération en quantité, en qualité; l'étude de l'urée et de l'acide urique. On se trouve ainsi tout naturellement conduit à l'article : albuminurie. Ici se place une étude très complète de ce complexus clinique; une véritable monographie bien divisée, bien exposée avec assez de détails, sans surcharge ni répétition fatigantes, le tout accompagné d'expériences de physiologie pathologique des plus intéressantes. Cette étude est complétée par un aperçu sur la genèse, les transformations et l'aspect des cylindres des tubuli. A propos de l'urémie et de sa pathogénie, il expose avec netteté toutes les théories qui ont été mises en avant et il en fait ensuite un examen critique. Il a étudié ces diverses théories au point de vue expérimental à Vienne, dans le laboratoire du professeur Stücker. — Le chapitre de la thérapeutique générale ne présente aucune considération bien nouvelle. A propos du traitement prophylactique, cependant, l'auteur insiste sur le séjour au lit dans le cas de néphrite aiguë. Il cite l'exemple de Batels, qui a tenu quelques-uns de ses malades au lit pendant des années et qui ont guéri.

Signalons également dans ce chapitre une étude bien faite sur les eaux minérales et leur opportunité.

La deuxième partie de son travail traite de la classification des diverses espèces de néphrites et de l'étude de chacune d'elles. On ne saurait se fonder, dit-il, pour faire cette classification, ni sur des notions étiologiques, ni sur des notions anatomo-pathologiques, ni cliniques; on est obligé pour arriver à une classification logique d'envisager à la fois chacun de ces points. L'auteur arrive ainsi à décrire les formes suivantes : 1° la néphrite chronique hémorrhagique; 2° le gros rein blanc; 3° le petit rein blanc granuleux : 4° le rein tacheté; 5° le petit rein contracté (petit rein rouge). C'est par l'étude détaillée de chacune de ces formes de néphrite qu'il termine son travail. L'analyse que nous en avons faite ne donne forcément qu'une idée de cet ouvrage consciencieusement fait, qui révèle chez l'auteur une connaissance approfondie de son sujet et qui est une contribution importante à l'étude si complexe des néphrites.

D. AIGRE.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

L'auteur des réformes que nous avons vu apportées à l'Hôtel-Dieu était un personnage assez curieux.

Après avoir été tour à tour soldat, aventurier, etc., moine errant, cet homme, nommé Le Secq, devint un beau jour, on ne sait comme, maître au spirituel de l'Hôtel-Dieu. A son entrée une révolution éclata dans la maison. Nous en parlerons bientôt.

Il existe un petit papier dans le dossier Lesecq où l on trouve des notes accablantes sur le singulier personnage auquel les chapelains avaient donné la direction spirituelle de l'Hotel-Dieu. On y lit les passages suivants :

Il n'est que des docteurs de la maison pour prouver sa folie. Il n'a estudye que trois mois par sa confession mesmes en comun et a cause de la débilité de ses yeux d'avoir par ce moien en l'esprit le gouverneur de l'Hostel Dieu est pure folye. Il a dit a un nomé Goujon robbe noire, qu'un prestre disnant avec luy en sa chambre estoit son bon maistre qui luy avait apris ce qu'il sçavoit en 3 moys.

Il accusa une foys Soury qu'il n'alloit pas au collège, luy demanda à voir ses livres qu'il luy apporta et luy fit responce : mon...... laissez vos livres je ne suis pas cappable ny lire. Je les monstreray a d autres, ce qu'il ne voulut faire.

Il a été confesseur des (1).... foraines à Peronne ou il a faict mille folyes au reeu de M. le Lieutenant général de ladicte ville où il a faict mille folyes, mesmes a esté pris de vin plusieurs foys par sa mesme confession.

Il a esté dans l'oratoire à Péronne où n'ayant peu durer, s'en retira, reprist le manteau d'escarlatte, achepta un cheval et restourna à Paris jouer, courrir les rues jour et nuict, a esté chevau léger, ce mist chez M. le Comandeur de Sillery qui, pour s'en deffaire en a chargé l'Hostel Dieu.

Mention le premier aoust 1634.

M. Martel qui a esté le Me des enfans de cœur de l Hostel Dieu il y a 8 ou 10 ans. Se présenta à l Hostel Dieu pour dire sa messe. Pour dire la messe, il pria le pelletier de luy fournir des ornemens, qui luy dict ne luy pouvoir permettre sans le congé dudict maistre, Il alla aveeq Lesecq luy demander la permission en latin qui luy dict : « Parlez François si vous voulez que je vous entende. »

En l'obit de feu M. de St Prix ou M. d'Interville, en disant les oraisons des morts, il fit 2 ou 3 solecismes dont les religieux mandiants mesmes M. Maillet s'offenserent grandement et dont lesdits religieux firent quelques vers.

Dans sa malladye derniere les medecins jugerent qu'il deviendroit du tout fol, mesmes les Srs Moreau medecin et aultres de leur compagnie.... C'est une action de folye de s'estimer maistre absolu et de ne tenir de personne.

Après que sœur Valée luy eust faict satisfaction en plain chappitre luy dict pourtant qu'elle avoit veu d'autres maistres à l'Hostel Dieu et qu'elle en verroit bien d'autres, la condamna à faire satisfaction devant ses sœurs autres religieuses et après ce la fit *mettre en prison*, puis la fist sortir, se mist a genoux devant elle, luy demanda pardon ... Sœur Marguerite Colin est de la Communauté *pour son soulagement du corps* comme les autres. (Liasse 875).

Lettre des Religieuses au nombre de neuf qui ont este au Bureau. — Mes Sœurs La paix de Dieu vous soit donnée. Je prends la hardiesse de vous rescrire ce mot pour vous dire que vous nous avez faict lonneur de nous mander une foy au Beureau pour vous dire toutes les choses quy se passoit a la communauté que monsieur Le Secq a establie, mais nous vous diron que alors que nous y fume il ny en avoit que vingt deux (2) mais a présent il présent il sont trente deux et de plus il menasse toutes ceux quy ont este au Beureau et aussy ceux quy ne luy veuille ce maistre et sa caballe et quil nous saura bien estraper les unes apres les aultres comme il a desja commencé envers trois de nos sœurs quil a tenu trois jours prizonnieres. Et Messieurs que nous navons après Dieu que recours à vous mesme nous vous disons quil se vante que vous tous, ny monsieur le premier President, ny mesme messieurs de Nostre Dame nont pas le pouvoir de le mestre hors de la maizon et qu'il fera maizon neste de tous en général. Messieurs cela vous touche de plus pres que a nous pauvre religieuze mesme nous vous dirons que tous les jours il vient rentrer a dix heures *partie armé* dans notre dortoire et dans nos chambres de quoy nous sommes grandemeut scandalizé n'estant pas la charge dun prestre de veoir des religieuzes dans leur lit de quoy messieurs nous prions dempaicher ceste façon de fere la, naiant aultre recours que a vous. (Liasse, 875).

L'inspection de la vérification des décès dans Paris.

Dans sa séance de nuit du 30 décembre 1886, le Conseil municipal a été appelé à se prononcer sur l'utilité du service de l'inspection de la vérification des décès. Tout le monde sait que ce service fonctionne depuis plus de cinquante ans. Or, le 22 juin 1886, M. Patenne, conseiller municipal du XXe arrondissement, a déposé, sur le bureau du Conseil, une proposition tendant à la suppression de ce service La Commission du budget, dont M. le Dr Chassaing, conseiller municipal du IVe arrondissement est le rapporteur, a adopté cette proposition.

Nous nous permettrons tout d'abord de faire observer que ni la proposition de M. Patenne, ni le rapport de M. le Dr Chassaing ne sont basés sur des faits qui soient de nature à établir que ce service important a engendré des abus regrettables, a soulevé des problèmes pénibles et ne répond à aucun besoin impérieux

Quoiqu'il en soit, M. le Dr Chassaing a proposé purement et simplement la suppression des huit médecins inspecteurs, dont

(1) Un cachet imprimé des *Archives anciennes de l'Assistance publique*, maladroitement posé, nous a empêché de dechiffrer ce.....

(2) Religieuses.

la mission est de contrôler le service de la vérification des décès dans les vingt arrondissements de Paris. La vérification des décès est faite par une centaine de médecins. Le rapport de M. Chassaing fut vivement attaqué et critiqué par M. Robinet ; et, grâce à l'intervention de M. le Dr Chautemps, le service de l'inspection ne fut pas anéanti, mais seulement amoindri.

M. Chassaing reconnaît qu'aucune allégation n'a été portée contre les inspecteurs, mais déclare qu'ils sont inutiles. Que reproche-t-il à ce service? C'est ce que nous allons examiner avec le plus grand soin. Les médecins inspecteurs de la vérification des décès sont tenus de contrôler le quart des décès ; de s'informer si les visites des médecins vérificateurs n'ont été ni trop hâtives, ni trop tardives, si les corps ont été découverts et examinés soigneusement, si les mises en bière d'urgence ont été prescrites toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, épidémique ou d'une décomposition cadavérique hâtive; si les morts subites, accidentelles ou violentes ont donné lieu à des enquêtes judiciaires ; si les renseignements enregistrés par les municipalités sont conformes aux renseignements fournis par les familles ou à la vérité. Bien plus, toutes les fois qu'un médecin inspecteur se trouve en présence d'une maladie infectieuse ou d'une décomposition cadavérique avancée, comme sa visite est le plus souvent postérieure à celle du médecin vérificateur, il prescrit une mise en bière d'urgence. En procédant ainsi, il n'expose pas les familles à vivre pendant plusieurs heures, douze environ, dans une atmosphère viciée et nauséabonde. Dans les ménages ouvriers, il est commun de constater qu'une seule pièce est commune à toute une famille. Or, comme la vérification d'un décès a lieu en général dans les huit heures consécutives à ce décès, il en résulte que la décomposition d'un corps n'est pas encore très avancée et que le médecin vérificateur ne prescrit pas avec raison une mise en bière d'urgence.

Le médecin inspecteur procède dans des conditions autrement avantageuses; sa visite est tardive dans l'immense majorité des cas: aussi, une mise en bière d'urgence, faite dans de telles conditions, répond-t-elle à une impérieuse nécessité. Dans les cas de morts subites, accidentelles, violentes, le médecin inspecteur a le devoir d'écrire à MM. les Maires de sa circonscription, à l'effet d'appeler leur attention sur les conditions dans lesquelles une semblable mort s'est produite.

Les médecins vérificateurs doivent, il est vrai, également avertir le maire de leur arrondissement. Ce double courant médical renforce singulièrement les renseignements fournis par les familles, et permet quelquefois de dépister des suicides ou des crimes que l'on pourrait avoir intérêt à dissimuler.

Enfin, tous les mois, le médecin inspecteur a 'resse à la préfecture de la Seine un rapport détaillé sur chacun des arrondissements de sa circonscription. Dans ce rapport, il relate les irrégularités commises par les médecins vérificateurs, il précise les mises en bière qu'il a faites, les morts anormales qu'il a contrôlées, les erreurs municipales qu'il a relevées, les foyers d'infection qu'il a visités, les maisons insalubres qu'il a rencontrées, etc., etc. Ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre, le service de l'inspection des décès fonctionne avec une régularité parfaite, constitue une source de renseignements précieux, d'ordre hygiénique, répond à des besoins généraux, humanitaires. L'inspecteur et le vérificateur des décès se prêtent un mutuel appui, en concourant, chacun dans sa sphère, au bien commun.

Nous savons tous avec quel tact et avec quelle conscience les vérificateurs remplissent leurs fonctions, mais nous savons également combien il est utile de se savoir contrôlé pour n'être pas tenté de commettre des négligences. Ce contrôle est d'autant plus indispensable qu'il est de nature à remédier immédiatement à des erreurs ou à des défaillances. Nous ne voulons pas entrer ici dans des détails personnels, mais nous savons que les rapports mensuels des inspecteurs des décès renferment des documents précieux, qui ont déjà permis de modifier heureusement, utilement, le service des décès dans la ville de Paris ; nous savons également que des erreurs graves et pénibles ont été relevées par certains inspecteurs. Dans un arrondissement populeux, par exemple, un employé de mairie ayant négligé d'inscrire la déclaration du décès d'un enfant, contraignit ainsi le malheureux père à vivre pendant trois jours avec le cadavre de son enfant. Sans le contrôle du médecin inspecteur, le fait passait inaperçu. Nous pourrions citer quelques faits aussi palpitants, mais nous craindrions d'entrer dans une voie regrettable à beaucoup d'égards. Qu'il nous suffise de rappeler les rapports antérieurs de MM. Hérold et Martin, dont les conclusions tendaient à démontrer combien le service de l'inspection des décès à Paris répondait à des besoins généraux, puisqu'il concerne l'hygiène individuelle et hospitalière. Pourquoi donc vouloir, sans raison plausible, supprimer une semblable source de renseignements.

M. Chassaing regrette que les médecins inspecteurs des décès ne contrôlent pas tous les décès, mais seulement le quart des décès, et il ajoute qu'il se produit dans la population parisienne une trentaine de décès par jour. Il y a là une erreur que nous tenons à relever. Chaque médecin inspecteur reçoit en moyenne seize déclarations de décès par jour, qu'il contrôle par quatre visites : il en résulte qu'à la fin de chaque mois un médecin inspecteur a fait, en moyenne, 120 visites. Comme on le voit, la mortalité parisienne est beaucoup plus considérable que ne semble le supposer M. Chassaing.

En somme, nous espérons que dans un avenir très rapproché, le Conseil municipal, pénétré des bienfaits d'un semblable service d'inspection, tant au point de vue du contrôle personnel qu'au point de vue humanitaire et démocratique, rétablira le fonctionnement intégral de l'inspection médicale des décès.

Banquet offert à M. le Professeur Farabeuf.

Le vendredi 28 janvier dernier a eu lieu dans les salons de l'Hôtel Continental le banquet offert à M. le Pr Farabeuf, à l'occasion de sa nomination à la chaire d'anatomie. Tous les élèves du maître, les anciens comme ceux qui fréquentent encore les pavillons de l'Ecole pratique et le personnel de cette l'Ecole au grand complet, avaient tenu à assister à cette fête. On remarquait dans l'assistance plusieurs professeurs de la Faculté, M. Mathias Duval, M. Trélat, M. Guyon, M. Brouardel, M. Grancher, etc., un certain nombre de chirurgiens et de médecins des hôpitaux, des agrégés de l'Ecole, d'anciens prosecteurs, plusieurs internes des hopitaux; la plupart des journaux de médecine de Paris étaient représentés. Le banquet a été présidé par M. le doyen Béclard qui le premier a pris la parole pour boire à la santé du nouveau professeur et rappeler les services qu'il a rendus à l'enseignement de l'anatomie à cette École pratique, la première école anatomique du monde à l'heure qu'il est. M. Sappey a, en quelques mots, affirmé qu'on ne pouvait lui choisir un successeur plus méritant et plus brillant. M. Segond, parlant au nom des membres du Comité d'organisation du banquet, a été vivement applaudi en rappelant les déboires qu'eut à suppporter M. Farabeuf à son entrée dans la carrière anatomique. M. Poirier, au nom de la jeunesse des Ecoles, de celle qui a si chaleureusement applaudi le professeur lors de sa leçon d'ouverture, a souhaité bonne et longue vie au maître sympathique entre tous. Après tant d'éloges si mérités d'ailleurs, a ajouté M. Trélat, que dire, si ce n'est que M. Farabeuf doit se féliciter d'avoir de tels élèves et tant d'amis. Enfin M. Sébastopoulo, au nom des médecins étrangers, a prononcé quelques paroles de félicitation. M. le Dr Gadaud (de Périgueux), député de la Dordogne, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans une aimable allocution, a rappelé, au nom des amis les plus intimes, ce qu'était M. Farabeuf étudiant et ce que déjà on attendait de lui. M. Farabeuf a répondu aux divers orateurs, après les remerciements d'usage, en insistant sur le rôle du chef des travaux anatomiques à la Faculté de Paris.

En somme, réunion brillante, nombreuse, rehaussée par la présence de quelques-uns des maîtres les plus aimés des étudiants.

Société pour la propagation de la crémation

Dans sa dernière assemblée générale la Société, sur la proposition de M. Bourneville, a adopté la proposition suivante à l'unanimité moins une voix :

« *La Société pour la propagation de la Crémation, réunie le 22 janvier 1887, en Assemblée générale,* **remercie la Chambre des Députés** d'avoir introduit, dans la **Loi sur la Liberté des Funérailles**, *la faculté de l'Incinération et* **exprime le vœu que le Sénat**, *par un vote favorable*

donne promptement son approbation à cette réforme si importante au point de vue de l'hygiène publique. »

Composition du Comité pour l'année 1887. — A. KŒCHLIN, Maire du VIIIe arrondissement, *Président*; — MM. le Dr BOURNEVILLE, Député, Dr NAPIAS, *Vice-Présidents*; — Georges SALOMON, Ingénieur, *Secrétaire-Général*; — L. TRÉBUCHET, *Trésorier*. — *Membres du Comité* : MM. le Dr ARNOULD, Médecin principal à Lille. — BÉRAL, Sénateur. — CADET, Ancien Député. — Dr CHASSAING, Conseiller Municipal de Paris. — Dr CORNIL, Sénateur. — DELCOMINÉTE, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. — D^r DU MESNIL. — DURAND-CLAYE, Ingénieur en Chef des Ponts et Chaussées. — Dr FIEUZAL. — O. FOUQUET, ancien Député. — YVES GUYOT, Député. — HUDELO, Ingénieur. — Dr LACASSAGNE, Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Lyon. — S. MORIN. — Emile MULLER, Ingénieur. — NORMAND, Architecte. — FRÉDÉRIC PASSY, Député. — SCHŒLCHER, Sénateur. — Emile TRÉLAT, Architecte en Chef de la Seine. — Dr VALLIN, Membre de l'Académie de Médecine.

Manifestation des étudiants à Paris.

Un certain nombre de jeunes étudiants ont samedi dernier fait une manifestation plus que bruyante dans la cour et les bâtiments de l'Assistance publique, avenue Victoria. Ne pouvant se livrer au tapage traditionnel lors de la cérémonie de la distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux, puisque cette année M. Peyron avait jugé bon de la supprimer (on se souvient de ce qui avait eu lieu l'année dernière à cette occasion), ils avaient résolu de conspuer hautement et avec fracas M. le Directeur général. Les étudiants au nombre de 300 à 400 se sont introduits dans les différents bureaux d'administration, brisant tout: vitres, portes, fenêtres, etc. Un feu de joie aurait été allumé dans la cour. Les employés de l'Administration les ayant laissé faire sans mot dire, les manifestants se sont lassés de conspuer M. Peyron, et, leur colère factice assouvie, se sont dirigés vers l'Ecole de Médecine, pour protester à nouveau, mais cette fois contre un décret de M. le doyen Béclard. La police, postée à la grille de la Faculté, a laissé suivre à la manifestation son cours ; au bout de quelques instants, les étudiants frondeurs se sont dispersés sans qu'une seule arrestation ait été faite. On le voit, grâce au calme des employés de l'Assistance publique et de la Faculté, l'orage s'est dissipé de lui-même sans qu'on ait eu besoin de recourir aux paratonnerres habituels.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat* (2re partie) : MM. Fournier, Farabeuf, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Lannelongue, Segond.

MARDI 8. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Cornil, Pinard. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Peter, Laboulbène, Hallopeau; — 2e *Série* : MM. G. See, Brouardel, Joffroy.

MERCREDI 9. — (Epreuve pratique). Médec. opér. MM. Trélat, Farabeuf, Reclus. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Fournier, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Potain, Damaschino, Straus.

JEUDI 10. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Vulpian, Brouardel, Debove ; — (2e partie) : MM. Ball, Proust, Hanot.

VENDREDI 11. — (Epreuve pratique). Méd. opér. : MM. Guyon, Farabeuf, Segond. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Potain, Hayem, Rendu.

SAMEDI 12. — 2e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Le Fort, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Panas, Tarnier, Bouilly ; — 2e partie) : MM. Ball, Proust, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 10. — M. Bach. Cure radicale des hernies inguinales congénitales. — M. Melik. Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités. — *Vendredi* 11. — M. Berbez. Hystérie et traumatisme. — M. Frissard. Des troubles trophiques de la peau consécutifs à la paralysie infantile. — *Samedi* 12. — M. Motheau. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses. — M. Delalande. De l'artério-sclérose et de ses principales manifestations oculaires.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Sur un nouvel excitateur bi-polaire du Dr Apostoli ; présentation à l'Académie de médecine de Paris dans sa séance du 18 janvier 1887, par M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ.

Cet instrument se compose essentiellement : 1° D'une boule légèrement conique, en charbon de cornue à gaz (elle pourrait être également en platine), à laquelle aboutissent, à travers un long manche, les deux pôles séparés l'un de l'autre par une lame isolante de gutta-percha ; 2° les deux pôles ont une surface identi-

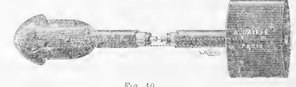


Fig 10.

que et ne sont séparés que par une distance de quelques millimètres. Cet excitateur a pour but : *a*) de permettre de limiter en un point donné de la peau ou d'une muqueuse l'action d'un courant (qu'il soit de pile ou faradique) ; *b*) d'utiliser tout le courant qui circule à travers deux pôles de surface inattaquable ; *c*) de favoriser la vulgarisation (en modifiant au besoin l'étendue et la surface des pôles) de la pratique de la *galvano-caustique chimique, rapide et localisée*, appliquée soit au traitement des ulcères rebelles (utérins, cutanés ou autres), soit à produire des *déviations* plus ou moins rapides (suivant le courant et l'intensité utilisés).

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Théophile GALLARD.

Le corps médical des hôpitaux de Paris vient de faire une perte aussi imprévue que subite dans la personne de M. le Dr Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef de la compagnie du chemin de fer d'Orléans, membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, membre du Conseil général de l'Association des médecins de France, du Comité consultatif d'hygiène de France, etc.

Reçu interne des hôpitaux en 1850, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux en 1854, il fut nommé le premier de sa promotion médecin du Bureau central. Membre de l'Académie de médecine, ces travaux ont principalement porté sur l'hygiène, la médecine légale, la police médicale et la gynécologie. Il était secrétaire général de la Société de médecine légale de France, et membre du comité de rédaction des *Annales d'hygiène publique*. Il a enseigné la gynécologie pendant de longues années à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu, continuant la tradition de maîtres tels que Récamier, Chomel, Maisonneuve, etc., et a rassemblé ses leçons sur ce sujet en un volume, dont la 2e édition date de 1879 : *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1879. On lui doit encore plusieurs autres ouvrages importants, entre autres : *Clinique médicale de la Pitié*, 1877 ; — citons encore parmi les nombreux mémoires qu'il a publiés : *Sur la menstruation et ses troubles*, Paris, 1885 ; — *Maladies des ovaires*, 1 vol. in-8, Paris, 1886. — Un certain nombre d'articles du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1867, tome VII, art. *Chauffage* ; 1868, tome IX, art. *Consanguinité* et *Contagion* ; 1870, tome XII, art. *Eclairage* ; 1882, tome XXVI, art. *Pessaire* ; tome XXIII, art. *Spéculum*. *Notions d'hygiène à l'usage des instituteurs primaires* Paris, 1878 ; — *Notes et observations de médecine légale et d'hygiène*, Paris, 1875 ; — *De l'avortement*, au point de vue médico-légal, Paris, 1878 ; — *Le cuivre et les conserves de légumes*, Paris, 1882 ; — *Sur le plâtrage des vins*, Paris, 1880 ; — *Sur l'avantage qu'il y aurait à distiller les vins fuchsinés au lieu de les jeter à la mer, afin d'en retirer l'alcool qui serait attribué aux établissements de bienfaisance*, 1882 ; — *Institutions ayant pour but de s'opposer à la falsification des denrées alimentaires* 1883 ; — *Du vinage et des falsifications des vins, leur influence sur la santé publique. (Discours prononcés à l'Académie de médecine en 1886)* ; — *Du phlegmon péri-utérin*, 1855 ; — *Des hématocèles péri-utérines*, 1855 et 1860 ; — *Maladies des femmes en couches*, 1850 ; — *De l'ovarite*, 1859 ; — Article *Utérus* de l'*Encyclopedia of practical Surgery de Cortello*, Londres, 1864 ; — Un grand nombre d'articles dans l'*Union médicale* (1852, 1864, 1870, 1863, 1871) ; dans les

Archives de médecine (1854, 1862, 1864, 1868), dans les *Annales d'hygiène* (1865, 1868, 1869) ; — *De la revaccination*, 1853, 1858 ; — *Etude sur les hôpitaux*, 1863, etc. — *Des bruits pleuraux perçus à l'auscultation* (*Progrès médical*, mars 1875) ; — *Inflammation de l'utérus chez les filles vierges* (*Mouvement médical*, 1866). — M. Gallard était l'un des directeurs du *Journal de médecine de Paris*. Il a rendu, par son enseignement clinique à Lariboisière, à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu, et cela pendant près de vingt ans, de réels services à un grand nombre d'étudiants. A cet égard, il mérite d'être cité comme un modèle à imiter.

FORMULES

V. Emploi de la cocaïne contre le mal de mer.

D'après M. Otto, la *Cocaine* parait avoir donné de bons résultats dans le mal de mer. Les nausées et les vomissements qu'il occasionne sont calmés, parait-il, par ce médicament, lequel d'ailleurs a donné quelques succès dans le traitement des vomissements de la grossesse. Sous son influence, les accidents du mal de mer disparaissent et l'agitation est de suite remplacée par le sommeil. L'auteur emploie, dans ce but, une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 100 ; il en prescrit trois fois par jour 4 ou 5 gouttes qui sont administrées sur un morceau de glace (*Revue scientifique*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 janvier 1887 au samedi 29 janvier 1887, les naissances ont été au nombre de 1153, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437 ; illégitimes, 148. Total, 585. — *Sexe féminin* : légitimes, 428 ; illégitimes, 140. Total, 588

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 janvier 1887 au samedi 29 janvier 1887, les décès ont été au nombre de 1088, savoir : 570 hommes et 518 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 3. T. 8. — Variole : M. 5, F. 2, T. 7. — Rougeole : M. 24, F. 14. T. 38. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 8, F. 8. T. 16. — Diphthérie, Croup : M. 11 F. 8, T. 19. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 137, F. 73. T. 210. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 8. T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6. T. 6, — Tumeurs malignes : M. 9, F. 27. T. 36. — Méningite simple : M. 17, F. 15. T. 32. — Congestion st hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 24. T. 52. — Paralysie : M. 3, F. 0 T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 7. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 41. T. 65. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 19 T. 36. — Broncgite chronique : M 28, F. 21. T. 49. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 12. T. 27. — Pneumonie M. 40, F. 37. T. 77. — Gastro-entérite, biberon : M. 8. F. 16. T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 13. T. 20. — Autres gastro-entérite : M. 5, F. 3. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerperales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 21, F. 10, T. 31. — Sénilité : M. 12, F. 26. T 38. — Suicide : M. 12, F. 3. T. 15. — Autres morts violentes : M. 6, F. 4. T. 10. — Autres causes de mort : 110, F. 99. T. 209. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 9. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 103 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 19. Total : 57, — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 19. Total : 46.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LANGLOIS, licencié ès sciences naturelles, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, aide-préparateur des travaux pratiques de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Martin, démissionnaire. — M. BRAULT, docteur en médecine, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à ladite Faculté, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, chef desdits travaux, en remplacement de M. Gombault, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. Gagnon, professeur de physiologie à ladite Ecole, est transféré sur sa demande, dans la chaire de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite Ecole. — M. BLATIN, docteur en médecine, ancien suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est nommé professeur de physiologie à ladite Ecole. — M. FREDET, docteur en médecine, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Par arrêté ministériel du 31 janvier 1887, un concours s'ouvrira le 1er aout 1887 à l'Ecole préparatoire de médecine et pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Wurzbourg* : M. le Dr HELFREICH, privat docent d'ophthalmologie est nommé professeur honoraire. — *Université de Graz*. M. le Dr BLODIG, professeur ordinaire d'opthalmologie, est remplacé par M. le Dr SCHNABEL, professeur ordinaire d'ophthalmologie à l'université d'Innsbruck. — *Faculté de Prague* : M. le Dr KAUFMANN est nommé privat docent pour les maladies des oreilles.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. MONOD, préfet du Finistère, est nommé directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. M. Monod est connu pour ses travaux sur l'hygiène, l'assistance publique et les enfants assistés, qui, malheureusement, ne sont pas toujours inspirés par les idées de progrès.

BANQUET EN L'HONNEUR DES PREMIÈRES ÉTUDIANTES REÇUES INTERNES. — Un Comité d'étudiants et de docteurs en médecine vient de se former pour offrir un banquet aux premières étudiantes reçues internes des hôpitaux. Les personnes qui désireraient y prendre part sont priées de se faire inscrire, à partir de 7 heures du soir, tous les jours, 55, rue de Seine, chez M. Madeuf, étudiant en médecine, etc. Nous enregistrons ce fait à titre de renseignement.

CONGRÈS DE BIARRITZ. — Le Congrès de Biarritz, dans l'Assemblée générale tenue le 8 octobre dernier, a voté les articles suivants, consacrés à l'organisation définitive du Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Art. 1er. Les sessions du Congrès international d'hydrologie et de climatologie auront lieu tous les trois ans ; elles se tiendront alternativement en France et dans un autre pays. Le prochain Congrès, par dérogation à cet article, se tiendra à Paris, en 1889, pendant l'Exposition universelle. — Art. 2. En France, ainsi que dans les autres pays, les sessions se tiendront dans une ville autre qu'une station thermale. — Art. 3. Le Bureau de chaque Congrès est chargé de pourvoir, en temps opportun, à la formation d'un Comité destiné à organiser le Congrès suivant. — Art. 4. Les communications et mémoires présentés aux sections du Congrès seront rassemblés en un volume par les soins d'un Comité de publication qui aura tous pouvoirs à ce sujet. — *N. B.* Le volume, compte-rendu officiel des travaux du Congrès, est actuellement sous presse, et paraitra vers le mois d'avril. Il sera adressé gratuitement à tous les membres adhérents du Congrès.

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — A la suite de quelques cas de fièvre typhoïde survenus sur le bateau-école le *Borda*, qui est en rade de Brest, on a licencié les élèves et on les a renvoyés dans leurs familles.

LA CRÉMATION SUR LES BORDS DU VOLGA. — Un journal d'Astrakhan raconte une singulière cérémonie qui a eu lieu dernièrement sur la rive droite du Volga, dans le voisinage de la hourgade de Vetlianka : la crémation de la dépouille mortelle du lama du peuple kalmouk, mort le 5 décembre. Pendant sept jours, le corps du lama est resté exposé dans le *khouroul*, assis sur un fauteuil en fer, auquel il était attaché par du fil d'archal.

Le jour de la crémation, le fauteuil a été porté trois fois autour du *khouroul*. On l'a déposé ensuite sur une espèce d'esplanade et l'on a construit tout autour une espèce de four en briques. Ce four a été rempli de combustible, qu'on a allumé au son d'une musique kalmouke. La cérémonie de la crémation s'est accomplie devant une assistance très nombreuse dans laquelle on voyait beaucoup de Russes.

Le défunt lama était très aimé pour sa bienfaisance et sa bonté. Il était toujours prêt à rendre service à tous ceux qui s'adressaient à lui. Il n'aura pas de successeur, car il a été décidé de supprimer la dignité sacerdotale dont il était revêtu. (*La Lanterne*, 1er février 1887).

MEMBRES DES COMITÉS D'INSPECTION ET D'ACHATS DE LIVRES PRÈS LES BIBLIOTHÈQUES. — Sont nommés : à Aix-les-Bains, MM. les Drs M. Legrand et Guillaud ; — à Gaillac, M. le Dr Rey ; — à Caen, M. le Dr Chamerel ; — à Beaume-les-Dames, M. le Dr Butterlin ; — à Cette, M. le Dr Tichy ; — à Sedan, M. le Dr Pelletier.

PRIX DÉCERNÉS PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE DE PARIS. — Cette Société vient d'accorder les médailles suivantes avec le titre de lauréat aux docteurs dont les noms sont ci-dessous. *Médaille d'or* : M. le Dr Bruneau (de Paris) pour sa thèse sur l'*empoisonnement par le gaz d'éclairage* ; — *médaille de vermeil* : M. le Dr Prieur (de Taverny), pour sa thèse sur la *fièvre typhoïde à Saint-Denis, de 1873 à 1884* ; — *médailles d'argent* : M. le Dr Lacroix (de Lille), pour sa thèse sur la *fièvre jaune* (épidémie de la Martinique, 1880-81) ; M. le Dr Dufourcq (de Bordeaux), pour sa thèse sur l'*importation de la fièvre typhoïde dans les pays chauds*.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
La Chronique des hôpitaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 3e ARRONDISSEMENT A PARIS.—*Bureau pour* 1887 : M. le Dr Chautemps, conseiller municipal, président; — M. le Dr Reuss, vice-président; — M. le Dr Miquel, chef du service micrographique à Montsouris, secrétaire général.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr RAIGE-DELORME, ancien bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de 91 ans, le 22 janvier. Il a été le premier directeur du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales* en cours de publication et y a publié plusieurs articles. Ses successeurs comme directeurs de cette publication ont été successivement MM. Dechambre et Hahn. M. Raige-Delorme fonda en 1823 les *Archives générales de médecine* et en fut rédacteur en chef jusqu'en 1853. Il a collaboré aussi aux *Dictionnaires de médecine* en 21 volumes, en 30 volumes. Il a été bibliothécaire de la Faculté de 1836 à 1876. Erudit de première valeur, M. Raige-Delorme était le doyen du journalisme médical. — M. le Dr H. BETBEDER, un des doyens des médecins du Bordelais, membre de la Société de médecine de Bordeaux, décédé dans cette ville. — M. le Dr Léon MARESCHAL, médecin major de 2e classe, décédé à Gardaïa (Mézab, Sud algérien), à l'âge de 33 ans. — M. le Dr MORVAN, ancien interne des hôpitaux de Paris.— M. le Dr CREVAU (de Villedommange).— M. le Dr BRARD vient de mourir à Gonzac (Charente-Inférieure); né en 1804, il se lança dans la politique et fut nommé en 1848 représentant du peuple à l'Assemblée constituante où il siégea à la gauche. Il ne fut pas réélu. — M. le Dr BAZIN (de Saint-Brice).

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et pendant les trois premiers mois de l'année 1887 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Etude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 50.

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode de M. le professeur Paul BERT. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit . à . . . . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages.— Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix: 6 fr,—Réduit à 2 fr. 40.

BRISSAUD (E.) **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-litbographie. — Prix : 10 fr. — Réduit à . . . . 4 fr.

DURET (H.) **Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. —Prix : 15 fr. —Réduit à. . . . 610 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8° de 144 pages. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés. 1 fr.50

FERE (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la Vision par lésion cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie. Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882. — Prix : 3 fr. 50.— Réduit à . . . . 1 fr. 40.

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'émianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8 de 54 pages avec fih. dans le texte. Paris 1882. — Prix : 2 fr. — Réduit à 80 c.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 FÉVRIER 1887.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Sur une méthode de traitement de la dilatation de l'estomac.

Par Albert Mathieu.

La dilatation de l'estomac est à l'ordre du jour; jamais en clinique on ne lui avait accordé autant d'attention, jamais en pathologie générale autant d'importance.

Notre excellent maître le Professeur Germain Sée, dans son livre sur les dyspepsies gastro-intestinales, avait séparé la dyspepsie vraie qui résulte d'un trouble chimique de la digestion, des fausses dyspepsies qui reconnaissent pour cause un vice de l'innervation et de la motricité du tube gastro-intestinal. C'était là une distinction capitale qu'on retrouve dans les travaux si nombreux qu'on a, depuis quelques années, en Allemagne surtout, consacrés à l'étude de la dyspepsie. Lorsque j'avais l'honneur d'être son chef de clinique nous avons repris, avec cette idée première comme point de départ, l'étude de certaines formes de la prétendue dyspepsie flatulente et douloureuse. Nous avons bientôt constaté que beaucoup de ces faux dyspeptiques présentaient un phénomène commun intimement lié aux autres symptômes de leur maladie : une dilatation manifeste de l'estomac. Nous avons consigné les résultats de nos recherches dans un mémoire inséré dans la Revue de Médecine de 1884.

Nous avions été frappés surtout par ce fait que les individus atteints de cette forme de la dilatation de l'estomac étaient des nerveux, facilement excitables, mais en revanche prompts à la dépression, à l'épuisement. Souvent nous avons vu les accidents gastro-intestinaux débuter chez eux à la suite d'émotions, de frayeurs vives, de mouvements de colère. Tout cela était bien fait pour mettre en évidence l'influence d'un état particulier de névropathie. Les crises douloureuses qu'ils présentent souvent au creux épigastrique nous ont paru s'expliquer par une contraction spasmodique des muscles gastriques, peut-être plus particulièrement du pylore; et la distension gazeuse de leur estomac et de leur intestin par le relâchement musculaire, par l'atonie consécutive à cet état spasmodique. Il nous a semblé qu'après des alternatives de spasme et de dépression, c'était l'atonie qui finissait par l'emporter, par s'établir à demeure en vertu d'un véritable épuisement nervo-moteur. On sait, du reste, que les neurasthéniques sont particulièrement sujets dans l'ensemble de leurs phénomènes vitaux, dans leurs actes intellectuels ou moteurs, à ces alternatives d'excitation et de relâchement et que c'est en dernier terme ce dernier état qui finit par l'emporter.

M. le Professeur Bouchard qui a tant étudié la gastrectasie, qui lui attribue une importance si grande en pathogénie paraît avoir été plutôt frappé par la dilatation qui s'établit progressivement, sans attirer l'attention, de telle sorte qu'à un moment donné ce sont les phénomènes généraux ou les manifestations à distance qui sont seuls accusés par le malade. La gastrectasie peut passer inaperçue, si le médecin averti ne va pas la chercher. M. Bouchard attribue cette dilatation progressive à une sorte de faiblesse congénitale de la fibre musculaire lisse. L'estomac, incapable de résister, se laisse progressivement distendre par le poids des aliments ; il lui devient bientôt impossible de revenir sur lui-même. Il ne se rétracte plus lorsqu'il est vide ; il est dilaté. C'est donc ici encore l'atonie qui domine. M. le Professeur Bouchard fait de cette dilatation primitive le point de départ et la cause de toute une « iliade de maux ». Je pense pour ma part, et la conviction est bientôt faite à ce point de vue lorsqu'on observe un certain nombre de prétendus dyspeptiques, que beaucoup des dilatés de l'estomac sont des neurasthéniques ou des arthritiques, c'est-à-dire des névropathes et que la déséquilibration de la nervo-motricité générale est chez eux un fait antérieur à la gastrectasie, qui domine et explique cette gastrectasie et les symptômes dont elle s'accompagne, symptômes qui sont, comme le professe M. Germain Sée, le plus souvent autant sous la dépendance de l'intestin que de l'estomac. Je ne pense pas du reste que tous les dilatés doivent être rangés dans cette catégorie, mais qu'un grand nombre d'entre eux lui appartiennent de droit.

La dilatation de l'estomac n'est pas du reste une maladie, c'est un symptôme qui peut se rencontrer dans des circonstances très différentes les unes des autres, que l'on peut ranger, semble-t-il, sous les têtes de chapitre suivantes. 1° Dilatation par lésion organique du pylore et rétrécissement de cet orifice; 2° Dilatation par dégénérescence de la fibre musculaire des parois stomacales ; 3° Dilatation par atonie, par faiblesse générale qui amènent un relâchement plus marqué de l'estomac parce que sa cavité est plus grande que celle des autres parties du tube digestif, et qu'il supporte en bloc le poids des aliments ingérés ; 4° Dilatation par l'atonie musculaire qui, après avoir alterné avec les phenomènes d'excitation exagérée, chez les neurasthéniques, finit par predominer et par persister.

Dans les deux premières catégories, il est difficile d'établir un traitement curateur. Le rétrécissement organique du pylore appellerait une intervention chirurgicale qu'on a plusieurs fois tentée avec succès. La dégénérescence de la fibre musculaire ne laisse guère d'autre ressource, lorsqu'elle est très avancée, que de ménager ce qui reste du muscle, de fractionner autant que possible l'alimentation, d'éviter par tous les moyens la surcharge de l'estomac, d'évacuer mécaniquement cette surcharge quand elle s'est produite.

Avec le simple relâchement du muscle gastrique, il faut, autant que possible, augmenter le tonus musculaire, le tonus général, et rendre aux fibres épuisées la vigueur qui leur manque. Enfin, lorsque, comme dans la neurasthénie, il y a une déséquilibration de l'excitabilité nerveuse, il faut chercher en même temps à rétablir cet équilibre compromis. Cela d'autant mieux, que chez ces malades, ainsi que le dit notre maître G. Sée, il ne s'agit pas seulement, dans leurs manifestations pseudo-dyspeptiques, de phénomènes gastriques, mais de manifestations gastro-intestinales. Ce n'est peut-être pas le

moindre mérite de l'ipéca que d'agir à la fois sur la totalité du tube digestif.

J'ai cherché à remplir ces diverses indications, et à instituer une méthode de traitement qui y réponde. Les résultats que j'ai obtenus jusqu'à présent m'ont paru assez satisfaisants pour mériter les honneurs de la publicité.

Voici donc, avec chacun des desiderata théoriques, la pratique thérapeutique qui lui correspond :

1° *Eviter la surcharge alimentaire.* — Il faut évidemment éviter que l'estomac reçoive tout à coup une masse trop considérable d'aliments et que leur poids n'exerce sur ses parois une traction exagérée.

A l'exemple de mon maître G. Sée, je recommande aux malades d'éviter les aliments qui laissent des résidus abondants : les légumes verts, les salades, les fruits verts, les féculents. C'est en réalité supprimer à peu près tous les légumes. Je ne tolère guère qu'une petite quantité de pommes de terre. Les aliments doivent être aussi finement divisés que possible ; il est donc important que la mastication s'exécute parfaitement : il faut y veiller. Enfin, si l'on ne peut pas diminuer la quantité des aliments ingérés, il faut répartir cette quantité en un plus grand nombre de prises. Il faut augmenter le nombre des repas et diminuer la masse des aliments ingérés à chacun d'eux. Il faut se défier du vin si souvent frelaté. La bière, prise aux repas, peut être utile. A jeun, elle paraît toujours nuisible, ainsi du reste que tous les liquides froids et surtout glacés. Lorsqu'il y a des sensations douloureuses, M. G. Sée recommande l'usage des boissons chaudes ; le thé léger chaud le matin, le grog léger chaud le soir. Il ne tolère pas d'autre boisson, mais il laisse les malades boire à leur soif. En buvant chaud, peut-être sont-ils moins tentés de se laisser aller à l'absorption brusque d'une masse exagérée de liquide. Cette méthode, en tout cas, donne d'excellents résultats.

2° *Assurer la régularité des fonctions intestinales.* — Presque tous les dilatés sont constipés. La constipation est peut-être plus fréquente encore chez ceux qui présentent de la flatulence et de la douleur et que nous visons plus particulièrement ici. Lasègue, par une expression heureuse dans sa familiarité, disait qu'il fallait rétablir le tirage intestinal. M. G. Sée se sert souvent d'une poudre qui produit un très bon effet ; elle est composée de magnésie, de crème de tartre et de soufre précipité mélangés en parties égales. Il en fait prendre une cuillerée à café au commencement de chaque repas. Les malades arrivent du reste aisément à régler euxmêmes la dose qu'ils doivent absorber. Ils l'augmentent ou la diminuent suivant l'action produite. Un autre moyen, également très satisfaisant, consiste à faire prendre chaque matin un demi-lavement additionné d'une ou deux cuillerées à bouche de glycérine. Souvent les lavements froids agissent mieux que les lavements tièdes. On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il a à assurer la régularité des fonctions de l'intestin.

3° *Relever le tonus général.* — Il importe de relever le tonus général de l'organisme, de régulariser l'excitabilité du système nerveux. Pour cela, les douches froides réussissent à merveille. Lorqu'elles sont mal tolérées, on peut ordonner, au début, des douches tièdes, en jet, le long de la colonne vertébrale. En dehors de ces conditions, nous avons surtout employé les douches froides en pluie, d'une durée de 25 à 30 secondes, données tous les deux jours.

4° *Relever le plus particulièrement la tonicité de la fibre musculaire de l'estomac.* — Lorsque le muscle cardiaque est impuissant à remplir sa tâche physiologique, lorsque sa cavité se dilate et que le sang s'y accumule en excès, la digitale lui rend la vigueur qui lui faisait défaut et augmente sa tonacité. Les contractions deviennent plus parfaites et plus vigoureuses. Ce que fait la digitale dans l'asystolie, un médicament ne pourrait-il pas le faire dans la gastrectasie, qui est, en quelque sorte, le mot n'est pas de moi, une sorte d'asystolie de l'estomac? La fève de Calabar, la noix vomique, ont été données dans le but de stimuler la contractilité gastro-intestinale. Il n'y a pas, à mon avis, de médicament qui remplisse mieux cet office, que la poudre d'ipéca. Pour cela, il n'est pas nécessaire de la donner à doses vomitives. Au début, je l'administrais dans du sirop d'écorces d'oranges :

Poudre d'ipéca	2 gr.
Eau	150 gr.
Sirop d'écorces d'oranges	150 gr.

Le malade en prenait le matin tous les deux ou trois jours une ou deux cuillerées à bouche. J'ai renoncé à cette formule, qui m'a donné cependant de bons résultats, parce qu'elle provoque facilement le dégoût et la nausée chez des malades susceptibles. Actuellement je donne la poudre d'ipéca sous forme de cachets. Tout d'abord je donne, le matin, tous les deux ou trois jours, un cachet qui renferme 5 centigrammes d'ipéca. La plupart des malades ne vomissent pas avec cette dose ; à peine ont-ils de légères nausées et un peu de salivation. Il m'est égal, du reste, qu'ils vomissent une fois ou deux. Cependant, s'ils sont très sensibles à l'ipéca, et il y a, à ce point de vue, des susceptibilités individuelles très variables, je leur donne seulement, tous les deux ou trois jours, un cachet de 2 ou 3 centigrammes. Je crois, sans en être certain, du reste, qu'il est bon d'avoir un peu de salivation, qui témoigne de l'action du médicament.

5° *Calmer les douleurs.* — Les neurasthéniques dilatés, dont nous nous occupons en ce moment, ont souvent à l'épigastre des sensations plus ou moins pénibles. Parfois une simple pesanteur, parfois des douleurs pongitives, lancinantes, qui peuvent rappeler, par leur intensité, les douleurs de la gastralgie des chlorotiques, ou les douleurs de l'ulcère rond. L'usage des boissons chaudes calme merveilleusement ces douleurs, dans la majorité des cas. On peut se servir encore de l'eau chloroformée, ou, comme on l'a fait dans ces derniers temps, du chlorhydrate de cocaïne, donné à la dose de 5 à 10 centigrammes. Tout d'abord la présence des crises douloureuses ou même d'une douleur marquée à la pression, au creux épigastrique, m'avait paru contre-indiquer l'usage de l'ipéca. L'observation m'a appris qu'il n'en était rien. Au contraire, dans la moyenne habituelle, tout au moins, les douleurs diminuent à mesure que diminuent les autres phénomènes pseudo-dyspeptiques : ballonnement du ventre, renvois, pesanteurs, malaise, courbature générale, etc.

Sous l'influence du régime et du traitement précédents, j'ai obtenu depuis que j'ai commencé à me servir de cette méthode, c'est-à-dire depuis bientôt trois ans d'ici, des résultats très encourageants. Mes premières observations ont été faites à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur G. Sée. Il en est déjà fait brièvement mention dans notre mémoire sur la dilatation atonique de l'estomac. Les autres ont été faites surtout à la consultation du Chemin de fer de l'Est, consultation qui présente de nombreux exemples de gastrectasie. Je

rapporterai seulement, à titre d'exemple, trois cas qui me paraissent démonstratifs.

I. M. D..., étudiant en médecine m'est adressé en février 1886. Il a eu la fièvre typhoïde à 8 ans; pas de maladie avant 1882. A cette époque, il commence ses études médicales à Montpellier; le conseil de révision l'ajourne pour faiblesse de constitution. En 1884, à Paris, on le déclare bon pour le service. A ce moment, commencent à apparaître des troubles de la digestion caractérisés par des éructations et du gonflement abdominal après les repas. En mars 1885, augmentation des phénomènes gastriques, poussées érythémateuses et eczémateuses; céphalalgie fréquente et très intense; amaigrissement progressif et assez rapide; sensation de faiblesse très grande. Il est traité alors par la teinture de badiane et la noix vomique; amélioration légère. A ce moment, le malade retourne dans sa famille pour y passer les vacances; on lui ordonne l'usage des alcalins qui ne produisent aucun résultat appréciable. En novembre 1885, huit jours après la rentrée à Paris, les accidents éclatent dans toute leur intensité. Les alcalins sont continués, on y ajoute de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. Enfin un de ses chefs de service le met au régime sec. Ces divers traitements n'amènent aucune amélioration. Au mois de février, M. D... m'est adressé, je le trouve maigre, le teint jaune, les traits tirés. Il accuse une faiblesse générale très grande. Cependant il est évidemment d'un tempérament extrêmement nerveux. Il est gêné par des éructations presque continuelles, qui augmentent après les repas. Après les repas encore, il se fait un ballonnement marqué de l'abdomen et surtout de la région épigastrique. Le malade accuse une sensation très pénible de tension et de pesanteur. La constipation est très marquée. Souvent il y a du malaise, une sensation de dépression, de faiblesse générale; l'inaptitude au travail est presque absolue. Fréquemment, de la céphalalgie gravative très pénible. Enfin sur les cuisses des deux côtés, des placards irréguliers d'eczéma sec, squameux. A l'examen, on constate du ballonnement du ventre, plus marqué à l'épigastre, vers l'ombilic et dans la région de l'hypochondre gauche. A la percussion, la sonorité gastrique se perçoit depuis le septième espace intercostal gauche, sur la ligne mamelonnaire jusqu'à environ un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A ce niveau il est facile, en imprimant à la paroi thoracique de petites secousses successives, d'après la méthode de M. Bouchard, décrite dans la très intéressante thèse de M. P. Le Gendre, de percevoir un bruit très net de clapotage. Par la succussion hypocratique, on détermine un bruit de flot très accusé. Il existe donc très manifestement une dilatation considérable de l'estomac. Le même examen fait à plusieurs reprises, dans des conditions différentes de digestion, a toujours donné des résultats analogues. Le malade est soumis au régime qui a été formulé plus haut. L'amélioration ne tarde pas à se produire. En mai 1886, tous les accidents ont beaucoup diminué. Les phénomènes de flatulence sont beaucoup moins gênants. Les forces sont revenues et avec elles l'aptitude au travail. Le clapotage gastrique ne se trouve plus qu'à un travers de main au dessus de l'ombilic. *La sonorité gastrique mesurée verticalement a perdu de 12 à 15 cent. et peut-être plus.* En janvier 1887, je puis constater que l'amélioration s'est maintenue et accentuée. La capacité de l'estomac paraît encore avoir diminué. Il n'y a plus de ballonnement du ventre; plus de céphalalgie, ni d'eczéma. Le malade se sent fort et plein d'entrain. Il a commencé depuis quelques mois déjà à se départir du régime alimentaire rigoureux des premiers temps. Il mange des féculents, des légumes verts, même des choux. Au moindre signe de reprise des hostilités, de dyspepsie flatulente, il reprend de l'ipéca et se trouve immédiatement soulagé. Il ne peut pas encore boire de vin pur, sans avoir de nouveaux accidents. L'effet nuisible du vin, est du reste constaté sur un grand nombre de malades, et le mieux est toujours de supprimer d'emblée cette boisson. Les selles sont plus régulières; quand la constipation tend à se rétablir, des lavements en ont rapidement raison.

II. D..., âgé de 28 ans, employé au chemin de fer de l'Est, de tempérament très nerveux, dit que les accidents gastro-intestinaux dont il se plaint, ont commencé il y a 4 ans. A cette époque, il aurait été fatigué, surmené. Souvent alors il avait des poussées de diarrhée. Depuis trois mois, les choses ont empiré. Au commencement de mars, il se présente à nous accusant de la douleur dans le côté gauche et des phénomènes caractéristiques de la dilatation de l'estomac à forme douloureuse : pesanteur épigastrique, ballonnement du ventre, éructations, constipation, douleur au creux épigastrique, et dilatation de l'estomac dont la sonorité se perçoit du 7e espace intercostal jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; clapotage à ce niveau; bruit de flot par la succussion; céphalée, mélancolie. Il est soumis au traitement par les douches, l'ipéca, le régime des boissons chaudes et les lavements de glycérine. Au bout d'une quinzaine de jours, l'amélioration est déjà très sensible. La dilatation de l'estomac a diminué de 6 à 8 centimètres dans le sens vertical. Au commencement de juin, la guérison était à peu près complète; elle s'est maintenue.

III. Le nommé P..., âgé de 28 ans, employé au chemin de fer de l'Est, sans maladie antérieure, a été atteint il y a 7 à 8 mois de colique néphrétique. Depuis il a éprouvé des chagrins très vifs; sa femme l'a quitté il y a deux mois, abandonnant aussi un jeune enfant. Depuis cette époque, les digestions sont difficiles; il y a de la pesanteur épigastrique. Le malade qui est gros mangeur en temps ordinaire a perdu l'appétit; il s'est amaigri, son teint est jaune. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Après les repas, il y a du gonflement de l'abdomen, des renvois gazeux; pas de renvois liquides, pas de pyrosis. L'estomac descend notablement au-dessous de l'ombilic, il y est le siège d'un clapotage très marqué. Le traitement est employé dès les premiers jours de juin. Au bout de quinze jours, l'amélioration est très marquée; l'estomac est remonté au-dessus de l'ombilic, la flatulence a disparu, il n'y a plus de malaise après les repas. Le 24 juillet, le malade est revu. Les digestions sont régulières et faciles; l'état général est bon. La guérison a été définitive.

Les malades dont nous venons de rapporter l'histoire présentaient ces phénomènes accentués de flatulence qui coïncident souvent avec des crises de gastralgie : c'est dans ces conditions surtout que le traitement que nous préconisons s'est montré efficace. Nous l'avons vu échouer dans un cas de dilatation latente chez un malade qui présentait d'autre part des épistaxis, de la polyurie, de l'albuminurie, de l'hypertrophie du cœur avec un bruit de galop évident : tout au moins l'amélioration n'a-t-elle été que passagère. C'est que l'ipéca, de même que la digitale, doit trouver, pour agir, un muscle suffisamment sain, capable de se contracter avec une suffisante vigueur. Son action suppose une intégrité relative de la fibre musculaire. Or, ne peut on pas penser que, chez le malade dont il vient d'être question, il existait une néphrite interstitielle, de l'artério-sclérose, une tendance à la dégénérescence fibreuse des divers organes et que l'estomac n'avait pas échappé à cette généralisation des lésions dégénératrices? Nous pensons, du reste, que la rétraction ou l'absence de rétraction de l'estomac sous l'influence de l'ipéca constituerait, au point de vue du pronostic, un point de repère important. La rétraction mesure, en quelque sorte, le degré d'intégrité de la fibre musculaire de l'estomac dont la contraction et la tonicité se produisent dans les limites du possible. C'est ainsi que l'utilité ou l'inutilité de la digitale dans l'asystolie fournissent au pronostic un élément important. Il y aurait là, peut-être, une véritable base de classification des ectasies gastriques qu'il faudrait distinguer en ectasies susceptibles de rétraction et non susceptibles de rétraction, sensibles ou insensibles à l'ipéca. Il y aurait là, en même temps qu'une importante indication pronostique et thérapeutique, une indication diagnostique de quelque valeur, qui pour-

rait servir à trancher cette question capitale : un estomac dilaté a-t-il ses tuniques musculaires momentanément ou définitivement relâchées.

CLINIQUE NERVEUSE

De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique (*fin*) (1) ;

Par E. BRISSAUD et P. MARIE.

En est-il de même pour l'hémiplégie faciale ? C'est là le point sur lequel nous nous sommes proposé d'insister dans ce travail.

Nous donnons tout d'abord les observations de deux hommes atteints d'hémiplégie hystérique et présentant une déviation de la face et de la langue, nous nous efforcerons de faire ressortir ensuite les singularités que présentaient celles-ci. Le diagnostic d'hémiplégie hystérique étant chez ces deux malades absolument indiscutable, nous ne donnerons en détail que la description de ce qui a trait à la déviation de la face.

OBS. I. — Cet homme (2) âgé de 24 ans et d'apparence robuste aurait eu déjà en août 1884, à la suite d'une chute, une hémi-



Fig. 11.

plégie droite avec déviation de la face; soigné à ce moment dans le service de M. Vulpian, il en serait, au bout de 4 à 5 mois, sorti complètement guéri. En août 1886, nouvelle hémiplégie droite après être tombé du brancard de sa voiture sur lequel il s'était endormi (cette hémiplégie ne s'est montrée que le lendemain de la chute) elle existe encore (décembre 1886), quoique un peu amendée.

Hémiplégie droite. Hémianesthésie droite sensitive et sensorielle. Diminution très marquée des réflexes tendineux et cutanés à droite. — Absence de mouvements associés. Perte du réflexe pharyngien.

Face. — Au *repos*, les deux commissures de la bouche sont absolument sur le même niveau, la lèvre inférieure est tout à fait horizontale, sans aucune déviation, la lèvre supérieure seule présente quelque chose d'anormal, elle est attirée en haut au niveau de la partie moyenne de sa moitié gauche (*Fig.* 1). L'aile du nez gauche est un peu plus relevée que la droite, le sillon nasolabial gauche un peu plus accentué que le droit.

Quand on fait *ouvrir la bouche* au malade on constate que son orifice est beaucoup plus large à gauche qu'à droite, la partie moyenne de la moitié gauche de la lèvre supérieure étant fortement attirée en haut, le sillon naso-labial gauche devient énorme, celui de droite, au contraire, n'est presque pas modifié, tout au plus un peu déplissé ; dans cette attitude, on remarque des secousses très nettes et très rapides dans les muscles releveurs de la moitié gauche de la lèvre supérieure. Ces secousses se montrent aussi, mais beaucoup moins prononcées, au repos. La lèvre inférieure, au contraire, n'est déviée dans aucune de ses parties. Quand on dit au malade d'ouvrir simplement la bouche sans tirer la langue, on constate que celle-ci est cependant un peu déviée vers la gauche et animée de quelques mouvements qui l'empêchent de reposer immobile sur le plancher buccal. Lorsqu'on le fait *souffler*, on voit et on sent très bien avec le doigt la moitié droite de chaque lèvre s'avancer et s'appliquer fortement sur sa congénère (la supérieure sur l inférieure) en se contractant ; la moitié gauche, au contraire, ne se rapproche qu'imparfaitement ; l'air ainsi projeté sort uniquement par la moitié gauche de la bouche, il n'en passe pas un atome par la moitié droite (côté soi-disant para-



Fig. 12.

lysé). De plus, pendant qu'il souffle, la joue gauche se gonfle très fortement, la joue droite, au contraire, ne fait qu'une très légère saillie et reste, ainsi que la moitié droite des lèvres, à peu près sur le plan où elle se trouvait pendant le repos, tandis que la joue gauche, ainsi que la moitié gauche des lèvres, avance beaucoup en se gonflant.

Quand on lui enjoint d'*écarter* fortement les lèvres pour montrer ses dents, la moitié gauche de la lèvre supérieure se relève seule, et on n'aperçoit que les incisives et la canine gauches supérieures et inférieures.

Le malade prétend avoir assez souvent la bouche pleine de salive et même baver quelquefois, mais il n'a pas remarqué que ce fût plutôt d'un côté que de l'autre.

La *langue* est très fortement déviée à gauche, lorsqu'on la lui fait *tirer*, et elle éprouve alors un léger mouvement de rotation, grâce auquel la face supérieure de l'organe regarde à gauche et en haut.

La *luette* est longue, sa pointe dirigée un peu vers la droite,

(1) Voir *Progrès médical*, nº 5.

(2) Ce malade fait l'objet de l'observ. XI de la thèse de E. Mechin (1887), sur les *Monoplégies brachiales hystériques* ; la déviation de la face y est signalée, mais est à tort attribuée à une hémiplégie faciale.

surtout quand on dit au malade de pousser un son, la moitié droite du voile du palais semble (?) alors se contracter un peu plus fortement que la gauche.

Le *facial supérieur* du côté gauche se contracte un peu moins fortement que celui de droite; le malade peut, il est vrai, fermer les deux yeux sans difficulté, mais dans cette attitude les rides formées du côté gauche sont moins accentuées que celles du côté droit.

L'action des *sterno-mastoïdiens* semble n'être pas tout à fait équivalente, le malade tourne en effet la tête avec plus de force vers la gauche que vers la droite.

Voici donc un homme atteint d'hémiplégie hystérique à droite, chez lequel la bouche est nettement tirée du côté opposé à la paralysie, la langue déviée du même côté que la bouche et chez qui, par conséquent, l'existence d'une hémiplégie faciale droite semble, au premier abord, indiscutable.

En réalité, les choses sont loin d'être aussi simples, et, après un examen un peu minutieux, on s'aperçoit que cette déviation de la face n'a, en somme, rien de commun avec l'hémiplégie faciale telle qu'elle se montre chez les individus atteints de lésion organique.

Analysons les caractères de cette déviation de la bouche. — Il est aisé de reconnaître qu'elle est produite par un certain degré de parésie (?) de la musculature labiale du côté droit (correspondant à l'hémiplégie des membres) et en même temps par un degré bien plus accentué de contraction spasmodique de la musculature du côté gauche. — Cette contraction spasmodique est telle, qu'en réalité c'est elle qui domine la scène et donne à la bouche sa déformation. La parésie de la moitié droite des lèvres ne se révèlerait guère, en effet, que lorsqu'on dit au malade de montrer ses dents. Cette parésie est d'ailleurs bien peu marquée, puisque, lorsque le malade souffle, c'est du côté gauche, en état de contraction spasmodique, que l'air s'échappe et non du côté droit ainsi que cela aurait lieu chez un hémiplégique par lésion organique (ce dernier « fume la pipe » du côté paralysé).

La langue présente aussi une anomalie, au lieu d'être déviée du côté de l'hémiplégie des membres, comme cela se voit, sinon chez tous, du moins chez presque tous les hémiplégiques par lésion organique, elle est tirée du côté opposé. De plus, cette déviation de la langue offre, au premier coup d'œil, quelque chose que nous n'avons jamais vu manquer chez les malades de ce genre, elle est *excessive*, et nous insistons sur ce caractère, car il semble bien avoir une réelle importance.

Il faut enfin signaler les *secousses musculaires* existant du côté gauche de la lèvre supérieure et se montrant aussi bien à l'état de repos que pendant les mouvements, secousses qui semblent dans un rapport intime avec l'état de contraction spasmodique de cette région signalé plus haut.

Ces caractères se retrouvent d'ailleurs dans leur ensemble, tout à fait analogues chez un malade du service de M. le professeur Charcot, atteint d'hémiplégie hystérique. Mais, dans ce cas, la contraction spasmodique de la musculature faciale existe du même côté que l'hémiplégie des membres, ce qui ferait penser au premier abord qu'il s'agit d'une hémiplégie alterne. De plus, au lieu d'occuper comme dans le cas précédent la musculature de la lèvre supérieure, cet état de contraction spasmodique se manifeste sur la lèvre inférieure.

Obs. II. — Clav..., 46 ans, ancien cocher, a subi des revers de fortune qui l'ont vivement atteint. L'hémiplégie est survenue chez lui en avril 1886, et d'une façon lente et progressive, il ressentit d'abord des picotements et un engourdissement dans les orteils du pied droit, puis au bout de quelques jours ces sensations envahirent le membre inférieur et enfin toute la moitié droite du corps. En même temps, se montrait une parésie, puis une véritable paralysie de tout ce côté, avec déviation de la face ainsi que l'hémianesthésie. Cinq ou six semaines après le début de ces phénomènes, il aurait éprouvé une « paralysie de la langue » telle qu'il ne pouvait plus parler ; c'est probablement de mutisme hystérique qu'il était question, car depuis on a pu voir très nettement chez lui cette manifestation se reproduire.

Il entra alors dans le service de M. le Professeur Potain, et c'est grâce à l'obligeance de son chef de clinique, notre ami le Dr André Petit, qu'il fut envoyé à la Salpêtrière.

Actuellement (décembre 1886), l'hémiplégie des membres à droite est moins marquée qu'il y a quelques mois, l'hémianesthésie du même côté est complète sauf une plaque hyperesthésique dans la région dorsale, un point du même genre sur le cordon testiculaire et deux petites plaques non anesthésiques sur le dos de la main ; c'est une anesthésie sensitive et sensorielle; il existe de la diplopie monoculaire. Pas de contracture, les réflexes rotuliens sont nuls à droite, très faibles et parfois nuls à gauche, absence du réflexe plantaire à droite. Au moyen de la bande d'Esmarch, M. Berbez interne du service a pu produire chez ce malade des contractures transitoires. Perte du réflexe pharyngien, existence de quelques mouvements associés, légère atrophie des membres paralysés.



Fig. 13.

Face. — La déviation de la face est à peu près aussi prononcée actuellement qu'elle l'était il y a 6 mois, voici quels sont ses caractères :

A l'état de *repos*, les lèvres sont complètement jointes dans toute leur étendue, dans aucun point elles ne sont béantes; tout ce qu'on peut noter c'est que la commissure droite est très légèrement abaissée, tandis que la gauche est un peu relevée, la ligne d'affleurement des lèvres est non pas oblique mais en forme d' ∞ horizontale à courbes très peu accentuées. Le pli nasolabial gauche fait avec le nez un angle plus ouvert que le droit. L'épaisseur des lèvres n'est pas sensiblement modifiée. Il existe des *secousses* très nettes, soit isolées soit par séries de 2 ou 3, revenant de 2 à 10 fois par minute.

Quand on lui fait *tirer la langue*, on voit la lèvre supérieure rester à peu près horizontale dans toute son étendue, la lèvre inférieure au contraire est fortement déviée à droite, surtout dans sa moitié droite, et quoique la commissure gauche ne

soit pour ainsi dire pas déplacée, toute la lèvre inférieure présente une obliquité très prononcée à droite et en bas. De telle sorte que la partie droite de la bouche offre un hiatus considérable, tandis que la partie gauche est seulement entr'ouverte. Dans cette attitude, les secousses de la lèvre inférieure droite deviennent encore bien plus nombreuses et plus intenses.

Quant à la *langue*, elle est tellement déviée à droite qu'elle ne peut pour ainsi dire pas être tirée hors de la bouche, mais vient se butter contre la joue et la commissure droites; en même temps elle subit un mouvement de torsion qui tend à diriger vers la droite sa face supérieure. Pendant tout le temps que le malade s'efforce de la tirer, la langue est animée de mouvements et de palpitations et ne peut rester dans une position fixe.

Lorsqu'on dit à Clav..., d'*ouvrir* simplement la bouche sans tirer la langue, les caractères de la déviation des lèvres restent les mêmes que tout à l'heure, mais un peu moins prononcés ; de plus, la langue ne peut non plus rester immobile sur le plancher de la bouche, elle est constamment animée de mouvements et ceux-ci tendent à la dévier vers la droite.

Ce malade ne peut arriver à faire de ses lèvres un *orifice circulaire* (action de sucer, d'embrasser), quand il cherche à réaliser ce mouvement il ne parvient qu'à tirer sa bouche à droite.

Quand on lui dit de *souffler*, on voit que seule, la joue droite se gonfle et que tout l'air sort par la moitié droite des lèvres et nullement par leur moitié gauche.

Il *montre très bien ses dents* des deux côtés, mais lorsque, pendant ce mouvement, le spasme de la moitié droite de la lèvre inférieure devient très accentué, les dents de la moitié gauche de la mâchoire inférieure se trouvent en grande partie recouvertes, tandis que la gencive de la moitié droite est largement découverte ; il n'y a, au contraire, aucune asymétrie pour la lèvre supérieure qui, elle, exécute parfaitement ce mouvement.

Il ne peut fermer complètement l'œil droit, ou tout au moins ne le ferme pas aussi fort que le gauche ; quand il cherche à le faire, les muscles du côté droit de la face sont animés de secousses, aussi bien ceux de la paupière que ceux des lèvres. Pendant ces efforts, la commissure droite s'écarte et s'entr'ouvre ; en analysant le mouvement, on voit que la lèvre supérieure droite est tirée en haut à son extrémité externe, tandis que l'inférieure est tirée en bas surtout dans un point situé à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, et qu'à ce niveau il se forme par suite de cette traction une concavité très prononcée.

Il existe aussi un certain degré de spasme dans les muscles du côté droit du cou, qui fait que le malade a presque toujours la tête un peu inclinée de ce côté; cette inclinaison augmente lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche ou tirer la langue.

Chez ce second malade, à part quelques variantes, la déviation faciale présente bien les mêmes caractères que dans le premier. Il est de toute évidence que c'est uniquement au spasme qu'elle est due, il n'existe aucun vestige de paralysie. Quant aux secousses, quant à la façon dont l'air sort quand ils soufflent, tout cela est absolument identique chez les deux malades. Ce qui est un peu différent, c'est que le premier a la bouche déviée du côté opposé à la paralysie des membres (aussi a-t-il tout à fait l'apparence d'une hémiplégie vulgaire), tandis que, pour le second, la bouche est déviée du même côté que la paralysie des membres (on pourrait donc, au premier abord, penser à une hémiplégie alterne). Il semble, en effet, n'y avoir pas de loi fixe, quant au côté où se montre l'hémispasme facial dans l'hémiplégie hystérique, et nous avons eu l'occasion de voir d'autres malades qui présentaient cette apparence d'hémiplégie alterne. Une autre légère variante entre les deux malades est la suivante : chez le premier, c'est une des moitiés de la lèvre supérieure qui est en proie au spasme ; chez le second, c'est une des moitiés de la lèvre inférieure, aussi l'aspect de la déviation faciale était-il, comme on l'a vu, un peu différent.

Quant à la *déviation de la langue*, elle se montrait chez ce second malade vraiment excessive. C'est là un caractère qui nous semble être des plus constants dans l'hémiplégie hystérique, avec participation de la face (M. Charcot nous faisait remarquer que, toujours alors, la langue est tirée du côté où existe l'hémispasme facial). — Si, en effet, on relit à ce propos les observations déjà anciennes d'hémiplégie hystérique, on y retrouve, pourvu qu'elles soient un peu détaillées, la mention de ce phénomène. — C'est ainsi que dans l'observation II de Kalkoff (1), par exemple, on lit que : « la langue est fortement tirée vers la gauche, et comme coudée au milieu..... La paralysie de l'hypoglosse est, dans ce cas, toute particulière, tandis que la moitié postérieure de la langue, quand celle-ci était tirée, avait à peu près la déviation normale, la moitié antérieure, au contraire, se portait à gauche, en formant un coude à angle obtus. » — De même, dans l'observation I de Hélot, « la malade ne peut, comme on le lui ordonne, tirer la langue hors de la bouche, elle la renverse, au contraire, avec force du côté du pharynx dans le mouvement qu'elle exécute pour y arriver, et dévie la pointe vers la gauche..... Trois semaines plus tard, la langue est encore déviée à gauche d'une manière exagérée, son bord gauche couvre la commissure labiale correspondante. »

Ici, également, on le voit, la déviation de la langue est excessive, anomale, tout à fait bizarre, absolument comme chez les deux malades dont nous avons rapporté l'histoire. C'est là un caractère auquel on doit donc, vu sa fréquence, accorder une réelle valeur.

Dans l'observation suivante, due à M. Thomsen (2), on trouvera aussi très nettement indiqués les principaux caractères que nous décrivons comme propres à la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique. — A la vérité, l'auteur ne croit pas qu'on doive considérer son malade comme hystérique, mais bien comme atteint d'une neuro-psychose particulière ; pour nous, cette observation rentre dans le cadre de l'hystérie tout comme quelques autres cas fort intéressants eux aussi, publiés antérieurement par le même auteur. — Abstraction faite de toute controverse, il est assez curieux de constater que, chez ce malade, la déviation faciale offre autant d'analogies avec celle que présentaient nos deux hommes hystériques. — Nous ne citons de l'observation de M. Thomsen que la partie qui a trait directement à la bouche et à la langue.

..... La langue est tirée nettement vers la gauche, quoique l'hémiplégie siège à droite.

20 août. La paralysie des membres a presque complètement disparu ; au contraire, il subsiste une légère parésie du facial droit avec *secousses fibrillaires* de la moitié droite de la face. La langue reprend peu à peu (commencement d'août) la position directe, un peu plus tard survient une tendance progressive à se dévier vers la droite. Quand le malade tire la langue, celle-ci est déviée d'une *façon extraordinaire* vers la droite, reste fixée dans cette position, et ne peut être portée vers la gauche qu'avec peine ; *même quand elle reste dans la bouche*, la langue présente la même déviation vers la droite et un mouvement vibratile dans la musculature de l'une et l'autre moitié.

. . . .

(1) Nous pensons, contrairement à l'auteur, qu'il s'agit dans cette observation d'une véritable hémiplégie hystérique.

(2) R. Thomsen. *Ein Fall von tödtlicher mit anscheinenden Herdsymptomen sich combinirender Neuropsychose ohne anatomischen Befund.* — *Arch. f. Psych. XVII.*

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

Avril 1885. Il subsiste une légère parésie faciale à droite, et une forte déviation de la langue du même côté.

Dans tous ces cas, on le voit, la déviation de la langue est excessive, anormale, tout à fait bizarre, absolument comme chez les deux malades dont nous avons rapporté l'histoire. C'est donc un phénomène auquel on doit, vu sa fréquence, accorder une réelle valeur. — Enfin, un fait à signaler, c'est la *persistance de la déviation de la langue* bien longtemps après la disparition des phénomènes hémiplégiques (voir les observations de Hélot, de Thomsen et notre observation II).

Il est bon de remarquer, d'ailleurs, que cette déviation spasmodique de la face et de la langue, cet *hémispasme glosso-labié* (Charcot) peut se montrer à l'état isolé chez les hystériques, indépendamment de toute paralysie des membres, et dans les cas de ce genre, toujours les caractères de cet hémispasme se sont trouvés analogues à ceux qui viennent d'être décrits chez nos deux hémiplégiques. — M. le professeur Charcot a montré des exemples de ce genre à ses cours, et c'est à lui que nous devons la connaissance du passage suivant de Brodie (1), passage qui indique la connaissance très nette de l'hémispasme glosso-labié à l'état d'isolement : « Je fus un jour consulté par une dame qui se plaignait de douleurs dans la tête et qui présentait une déviation latérale de la bouche ; on croyait à une paralysie des muscles de la face. Mais je constatai immédiatement l'existence de mouvements spasmodiques continus dans la joue et les paupières, du côté vers lequel s'était faite la déviation de la bouche, et, en faisant un examen plus minutieux, j'acquis la conviction que cette déviation était due, non pas à la paralysie des muscles du côté opposé, mais à l'état spasmodique des muscles du même côté. »

En résumé, les conclusions pratiques à tirer de ces faits nous semblent les suivantes :

Dans l'hémiplégie hystérique, il peut exister une *déviation de la face* très analogue, dès le premier abord, à l'hémiplégie faciale des hémiplégiques organiques.

Cette déviation de la face dans la première se distingue de la seconde par les caractères suivants :

État de contraction spasmodique de la musculature d'un côté de la bouche, portant presque exclusivement sur une seule lèvre, la supérieure ou l'inférieure, et s'accompagnant de *secousses* généralement très accentuées.

Dans l'*acte de souffler*, il y a issue de l'air, non pas du côté que l'on soupçonnerait être paralysé, mais du côté où existe l'état de contraction spasmodique.

Déviation excessive de la langue grâce à laquelle cet organe peut prendre les positions les plus bizarres ; cette déviation a lieu du côté où existe l'état de contraction spasmodique, et se montre le plus souvent même sans que la langue soit tirée, par le seul fait d'ouvrir la bouche ; fréquemment elle persiste un certain temps après la disparition de la paralysie des membres.

On voit donc que, dans les cas dont il vient d'être question, non seulement il n'existe pas d'hémiplégie faciale vraie, mais qu'il s'agit d'une déviation faciale présentant, par elle-même, des caractères tels que le diagnostic en est aisément fait, et que celle-ci peut même, bien souvent à elle seule, permettre de distinguer l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie organique.

(1) Brodie. *Leçons sur les affections nerveuses locales.* Trad. fr., p. 15.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le surmenage scolaire.

Dans le précédent numéro nous avons passé en revue succintement cinq catégories de troubles attribués au sédentarisme et au surmenage scolaire ; nous allons continuer cette exposition sommaire.

6° *Troubles résultant d'attitudes vicieuses.* — Les attitudes du travail de cabinet varient, pour ainsi dire, à l'infini ; et on peut croire que, tant qu'elles sont spontanées, elles ne déterminent guère d'inconvénients, parce que lors qu'elles amènent la fatigue, elles sont immédiatement modifiées. Le décubitus dorsal, particulièrement favorable à la circulation du cerveau, est adopté par beaucoup d'individus lorsqu'ils se livrent à la réflexion ou à la lecture ; d'autres préfèrent la station verticale ; Victor Hugo travaillait, dit-on, de préférence debout ; d'autres prennent des positions plus bizarres : c'est ainsi que Cujas aurait eu l'habitude de travailler couché à plat ventre sur ses livres.

Dans les écoles, les attitudes sont déterminées par la construction du matériel scolaire, et par les positions forcées que l'on imprime aux enfants lorsqu'on leur apprend à écrire ; et elles sont nuisibles lorsqu'elles sont défectueuses, parce qu'elles sont forcées et permanentes. Ces attitudes vicieuses déterminent surtout des déformations chez certains sujets congénitalement faibles ou dont la croissance a été très rapide ; elles sont plus fréquentes chez les filles, dans la proportion de 18 à 41 pour 100 (Guillaume.)

Les déformations scolaires les plus importantes sont les déformations rachidiennes, déterminées surtout par le défaut d'adaptation des bancs et des tables à la taille des enfants, et par les mauvaises positions pour écrire. Elles sont au nombre de trois principales : la cyphose, la lordose et la scoliose. 1° La *cyphose*, où prédomine la courbure dorsale à convexité postérieure, est, en général, due à la trop grande distance du banc de la table : cette trop grande distance force l'enfant à se courber en avant et d'autant plus que le banc et la table sont plus rapprochés dans le sens vertical. 2° La *lordose*, où prédomine la courbure lombaire, est, au contraire, déterminée par le défaut d'écartement du banc et de la table, qui force l'écolier à exagérer sa courbure lombaire ; ce défaut d'écartement est d'autant plus efficace pour produire la déformation, que la table est plus haute par rapport au banc. La lordose est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, ce qui tient à ce que l'on cherche souvent à les empêcher de se courber en avant, en les forçant à exagérer volontairement la courbure des reins. 3° La *scoliose*, ou déviation latérale, peut être produite par la trop grande hauteur de la table, qui détermine une élévation de l'épaule droite, avec courbure rachidienne à convexité droite. L'efficacité de cette cause mécanique est encore augmentée par la fatigue, car la déviation rachidienne s'exagère d'autant plus que l'épaule droite sert de point d'appui ; et il s'y ajoute une déviation dorsale à droite, avec torsion cervicale et lombaire compensatrice. A côté de cette scoliose à triple ou quadruple courbure (Dally), il faut signaler la courbure unique, à convexité gauche, que prend l'enfant lorsqu'il

écrit obliquement sur un papier dont le bord est placé parallèlement au bord de la table. En général, les scolioses ont pour point de départ la *station unifessière* (Dally), que prend nécessairement l'enfant lorsqu'il écrit obliquement (en anglaise), sur un papier placé droit devant lui. On dit avec raison qu'il n'y a que l'écriture droite qui permette la rectitude de la tête et du corps en face du papier.

Ces déviations rachidiennes entraînent d'ailleurs d'autres déformations thoraciques qui ne sont pas sans importance. C'est ainsi que la scoliose avec élévation de l'épaule droite détermine : 1° une déviation des arcs costaux du même côté, qui font saillie en arrière et donnent à la cage thoracique une forme oblique ovalaire ; 2° une déformation de la clavicule correspondante, dont les courbures sont exagérées, et qui est par conséquent raccourcie. Ces déformations thoraciques, lorsqu'elles sont trop prononcées, amènent une gêne mécanique de la respiration et de la circulation, et paraissent capables de favoriser le développement de maladies du poumon et du cœur.

Les attitudes vicieuses, en produisant des troubles plus ou moins prolongés de la circulation, concourent pour leur part à la pathogénie des céphalalgies, des épistaxis qui se rencontrent souvent chez les écoliers. Elles sont peut-être aussi capables d'expliquer dans une certaine mesure la tuméfaction de la glande thyroïde, dont on a signalé la fréquence dans les écoles de Suisse et de Russie.

7° *Troubles résultant d'habitudes vicieuses.* — L'onanisme est commun dans tous les endroits où sont réunis des individus du même sexe ; il est fréquent dans les écoles. Il résulte pour une part d'anomalies mentales chez de jeunes dégénérés ; mais il est grandement favorisé par les mauvaises conditions hygiéniques, par l'immobilité prolongée dans la position assise, par la constipation qui amènent une congestion générale des organes pelviens, par le défaut de soins, de propreté, d'où résulte souvent des irritations locales. Tissot raconte que tout un collège trompait quelquefois par cette manœuvre l'ennui, et cherchait à éviter un sommeil qu'inspiraient les leçons d'une métaphysique scolastique qu'un très vieux professeur leur faisait en dormant (1). On pourrait citer d'autres exemples de ces sortes d'épidémies, dans lesquelles la contagion, par imitation, joue encore un plus grand rôle que l'ennui.

Depuis Tissot, on a attribué à l'onanisme un grand nombre de troubles somatiques et psychiques, dont une bonne part revient à la dégénérescence dont sont atteints primitivement les sujets qui se livrent à ces manœuvres. Il est certain que la surexcitation qu'elles déterminent produit un épuisement général capable d'amener des troubles de la digestion, de la nutrition. Dans ces conditions, l'irritabilité morbide s'accroît, se traduisant par des altérations de caractère, une tristesse maladive, un affaiblissement de la mémoire, etc. Mais ceux qui ont eu occasion d'étudier ces troubles doivent reconnaître qu'ils ne s'observent, comme les excès qui leur ont donné naissance, que chez des sujets d'un tempérament spécial et prédisposé par des aptitudes morbides congénitales souvent évidentes.

(1) Tissot. *L'onanisme.* Œuvres, T. I, p. 109.

Il faut remarquer que la plupart des troubles que nous avons signalés jusqu'à présent, à part quelques déformations rachidiennes, n'ont rien de spécial aux écoliers, et que ce serait bien à tort qu'on les attribuerait en propre au sédentarisme scolaire.

Les troubles résultant du défaut d'appropriation des locaux et du régime, du défaut de propreté, de l'insuffisance du vêtement, appartiennent bien plus aux ouvriers des manufactures et même à bon nombre d'ouvriers isolés ; et ils sont évidemment plus marqués chez les enfants qui travaillent dans les mêmes milieux. Les troubles résultant du défaut d'exercice physique sont communs à toutes les professions sédentaires, et pas seulement aux hommes de bureau ou aux hommes de cabinet et aux écoles. Les manifestations somatiques dues aux habitudes vicieuses sont encore bien plus répandues peut-être dans les ateliers où on emploie des enfants que dans les écoles et les collèges. En somme, la plupart des troubles que nous avons passés sommairement en revue sont en rapport avec des défauts d'hygiène physique communs, non seulement à la plupart des enfants, qu'ils soient réunis dans les écoles ou dans les manufactures, dans les ateliers, mais encore aux hommes de bureau ou de cabinet et à de nombreuses catégories d'ouvriers. Il est évident que toutes ces conditions de surmenage qui conduisent aux dégénérescences physiques et mentales existent à leur maximum d'intensité dans les manufactures, où elles trouvent encore des adjuvants des plus efficaces dans les abus d'alcool, de tabac, etc. Les machines, en mettant à contribution les forces naturelles, la pression atmosphérique, la chaleur solaire, l'élasticité des gaz, etc., etc., devraient constituer un profit pour l'humanité, puisqu'elles substituent le travail gratuit de la nature au travail humain ; mais bien souvent la répartition défectueuse des produits atténue singulièrement les bienfaits de l'industrie. Ce n'est pas sans raison que Proudhon, Stuart Mill, Karl Marx, etc., ont accusé la grande industrie de n'avoir servi qu'à exagérer la misère, et on peut ajouter à accélérer la dégénérescence : jusqu'à présent les machines n'ont eu souvent pour résultat que d'exiger un travail continu de jour et de nuit, dans des conditions hygiéniques déplorables et d'abaisser assez le quantum de travail nécessaire pour que les femmes et les enfants puissent y prendre part. Il y a dans l'industrie des causes de déchéance autrement intenses que dans la sédentarité scolaire. Ces réflexions n'ont pas pour but de détourner l'attention de l'hygiène des écoles, mais de l'empêcher de négliger une question plus générale et plus urgente.

Passons maintenant rapidement en revue les troubles plus directement en rapport avec la fatigue psychique.

8° *Troubles résultant du surmenage intellectuel.* — Quant aux troubles attribués aux travaux excessifs de l'esprit chez les écoliers, ils consistent principalement en céphalées qui ont été dans ces dernières années l'objet de travaux intéressants de la part de MM. Blache, Keller, etc., de troubles du sommeil, d'insomnies ou de

cauchemars, ou dans d'autres cas de somnolence invincible, etc. Ils déterminent quelquefois l'invasion précoce des névroses, comme l'hystérie, la chorée ; on les a accusés aussi de pouvoir produire la méningite, etc. Les manifestations les plus simples du surmenage intellectuel à l'école sont à peu de chose près les mêmes que celles qui ont été assignées par les médecins américains à l'exhaustion nerveuse, si fréquente chez les hommes d'affaires après une longue contention d'esprit, les mêmes aussi que ceux que les anciens auteurs attribuaient aux hommes de lettres abusant des travaux intellectuels.

Ces travaux ont d'ailleurs été accusés de troubles beaucoup plus graves ; on leur a attribué des états congestifs du cerveau, et mêmes des inflammations, notamment la périencéphalite. Lord Shaftesbury attribue au surmenage intellectuel la fréquence des affections mentales chez les professeurs ; récemment, on a relevé le grand nombre de femmes-médecins devenues aliénées sous l'influence de la même cause, et on a insisté particulièrement sur la nocuité excessive des travaux intellectuels chez les femmes et chez les jeunes filles : cette remarque avait déjà, d'ailleurs, été faite par Tissot et par Bégin (1).

Réveillé-Parise qui a étudié ces questions avec beaucoup de soin, a fait une observation qui se trouve vérifiée par les faits nombreux rapportés par Moreau, de Tours, dans sa *Psychologie morbide*, à savoir qu'au premier rang des causes prédisposantes des maladies des personnes qui se livrent avec excès aux travaux de l'esprit, il faut placer « la diathèse d'irritabilité », c'est-à-dire une prédisposition nerveuse congénitale.

Cette remarque est applicable au surmenage intellectuel dans les écoles. Finkelnburg a montré qu'en Allemagne les jeunes gens qui se présentent au volontariat sont impropres au service militaire dans la proportion de 80 pour 100, tandis que, pour les autres, cette proportion n'est que de 25 à 50. Hertel, en Danemark, a trouvé que 29 garçons sur 100 et 41 filles des écoles sont atteints d'inappétence, de céphalées, d'épistaxis, d'anémies, d'affections oculaires, etc. Axel Key, en Suède, a vu les mêmes troubles sur 37 enfants pour 100 dans la classe inférieure, et sur 58.5 pour 100 dans les classes supérieures. En France, MM. Schindler et Arnould ont constaté la même infériorité physique chez les engagés conditionnels et chez les engagés à Saint-Cyr.

De ce que c'est chez les jeunes gens soi-disant les plus cultivés que se trouvent le plus souvent les caractères de la déchéance organique, on conclut que la déchéance est due aux travaux spéciaux auxquels ils ont dû se livrer pour acquérir cette culture. Il n'est pas douteux que l'excès de travail psychique ne soit capable de déterminer un épuisement général de tout l'organisme, tout comme l'excès de travail physique, et on peut reconnaître que, comme disait Tissot, « la méditation affaiblit comme feraient des évacuations excessives, » que toutes les fonctions subissent le contre-coup de cet épuisement, qu'il peut en résulter des céphalées, des étourdissements, des vertiges, des palpitations, des troubles digestifs entraînant une tristesse maladive et une dépression psychique corrélatives ; mais de là à accepter comme une vérité générale « que l'homme qui pense le plus est celui qui digère le plus mal, » (Tissot), qu'il y a une relation indispensable entre les troubles fonctionnels énumérés précédemment et le travail intellectuel, qui serait leur seule arme, il y a loin.

Il est une circonstance étiologique dont on ne tient pas assez compte et qui pourtant n'avait pas échappé aux anciens, notamment à Tissot. Cet auteur fait remarquer que des parents adonnés au luxe et aux plaisirs, et contraints aux travaux excessifs qui sont devenus nécessaires pour satisfaire leurs désirs sans cesse multipliés, ne peuvent guère produire que des enfants affaiblis qui en procréeront de plus affaiblis encore. Les excès de jouissances comme les excès de travail sont capables de produire le surmenage héréditaire.

Il faut considérer, en effet, que les accidents attribués au surmenage intellectuel ne se rencontrent pas chez tous les enfants des écoles indistinctement, qu'ils ne se manifestent pas chez ceux qui travaillent le plus et le mieux et qu'ils se rencontrent ailleurs que chez les écoliers. Il n'est pas rare d'observer chez ceux qui se livrent à un travail continu et uniforme, dessinateurs, graveurs, employés aux écritures, etc., des céphalalgies avec ou sans épistaxis, qui se produisent après un temps de travail plus ou moins court, et cessent avec le repos. D'autre part, ce n'est pas chez les enfants qui travaillent le plus et dont le travail est le plus efficace que ces accidents se manifestent avec le plus d'intensité. On les voit se développer chez de très jeunes enfants, dès le début de leur éducation, ou chez des enfants peu laborieux, d'ailleurs. L'intensité du travail intellectuel n'est pas en relation nécessaire tant avec les troubles somatiques qu'avec les troubles psychiques attribués au surmenage. Il est certain que chez un grand nombre de savants, comme l'a bien montré Moreau (de Tours), on observe des troubles mentaux ou névropathiques ; mais ces troubles s'observent plutôt chez les géniaux à tempérament impulsif que chez les travailleurs obstinés.

Les statistiques de Benoiston de Chateauneuf (1) indiquent une durée de vie relativement considérable chez les savants et en particulier chez les membres des Académies qui se distinguent surtout par la somme de leurs travaux. Cette longue survie et la vigueur de la santé des hommes de cette catégorie est généralement attribuée à la régularité de leur vie, à leur sobriété et à une hygiène générale bien entendue. Il est peut-être plus légitime d'admettre que c'est parce qu'ils jouissent d'une solide organisation physique qu'ils peuvent se passer d'excitations auxquelles les autres hommes moins bien constitués sont obligés de recourir, qu'ils peuvent fournir une grande somme de travail et d'application, et résister aux causes de mort.

Si les jeunes filles sont plus souvent atteintes, toutes proportions gardées, des troubles dits de surmenage, c'est que d'une manière générale elles sont plus prédisposées aux affections névropathiques, à la chlorose, etc., et

(1) Bégin. *De l'influence des travaux intellectuels sur le système physique de l'homme*. Thèse de Strasbourg, 1828.

(1) *De la durée de la vie chez les savants et les gens de lettres* (*Ann. d'hyg.*, 1841, t. XXV, p. 241).

qu'elles éprouvent plus facilement les effets du travail excessif, quel que soit ce travail.

Si les jeunes gens des classes dites supérieures paraissent plus sujets à ces mêmes troubles, ce n'est pas tant en raison de leurs excès de travail qu'en raison de leurs prédispositions congénitales. Si on examine avec soin les antécédents des enfants atteints de céphalée scolaire, par exemple, on trouve souvent que, comme pour certains troubles locaux (myopie scolaire, crampes professionnelles), ils sont prédisposés par leur hérédité morbide, mise en évidence, par des stigmates névropathiques. On pourrait apporter de nombreux exemples à l'appui de cette proposition ; parmi les observations assez rares d'enfants qui sont obligés de renoncer définitivement à leurs études, je citerais deux jeunes filles, dont la famille est déjà représentée par deux générations dans le livre de Moreau (de Tours.)

C'est aussi chez les sujets prédisposés que l'on voit survenir des troubles mentaux consécutivement aux excès relatifs du travail. En général, sous l'influence de la fatigue, les sensations subjectives deviennent plus intenses, les couleurs complémentaires, par exemple, apparaissent avec une intensité beaucoup plus grande, les phénomènes de contraste simultané sont plus manifestes, etc.; les excitations externes ou internes, les bruits circulatoires, etc., deviennent souvent le point de départ d'illusions qui sont capables de servir de base à des interprétations délirantes. Aussi l'exhaustion nerveuse, la neurasthénie s'accompagnent-elles fréquemment à la longue de troubles mentaux variés; les rapports qui existent entre l'épuisement et l'apparition du délire sont d'ailleurs encore mis en lumière par ce fait, qu'un grand nombre de vésanies sont précédées d'une période de dépression physique et psychique facile à constater.

Je me suis proposé de rappeler que les défauts d'hygiène auxquels on peut rapporter les maladies scolaires ne sont pas, tant s'en faut, exclusivement propres aux écoles, et que, d'autre part, les troubles attribués au surmenage se rencontrent surtout chez des sujets prédisposés. On peut en déduire que la question du surmenage n'est pas une question étroite d'hygiène spéciale. Chez les sujets sains, et bien entretenus le travail excessif ne détermine qu'une fatigue en général facilement réparable; mais si à ce travail excessif se joignent des privations de toutes sortes, il en résulte un épuisement général qui non seulement favorise la déchéance individuelle, mais surtout prépare les aptitudes morbides de la génération suivante. C'est moins en raison de la fatigue personnelle qu'en raison de l'épuisement héréditaire, du surmenage capitalisé, que l'on subit l'impôt progressif de la dégénérescence et que l'on devient moins capable d'efforts productifs. CH. FÉRÉ.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France a eu lieu dimanche 6 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique (avenue Victoria), sous la présidence de M. le Dr Lannelongue. Environ deux cents médecins assistaient à la séance. Après une courte allocution du président, le secrétaire a exposé la situation financière ; puis, l'assemblée a procédé à l'élection des membres de la commission administrative et ratifié les admissions faites en 1886.

L'eau potable.

L'Association scientifique de France, fusionnée aujourd'hui avec l'Association française pour l'avancement des sciences, a consacré cette année plusieurs de ses conférences de la Sorbonne aux grandes questions d'hygiène publique actuellement à l'ordre du jour.

M. Rochard a parlé de la dépopulation de la France, et M. Alglave a fait un tableau des plus intéressants de l'alcoolisme. Samedi dernier, c'était le tour de M. le professeur Brouardel qui avait choisi comme sujet de conférence l'étude de l'eau potable. Il s'agissait bien plutôt, en réalité, de l'eau impotable, de l'eau considérée comme véhicule des germes morbides, comme moyen de transmission des épidémies. Après avoir fait l'éloge de l'eau, après avoir indiqué les qualités que doit présenter ce liquide pour être livré à la consommation, le brillant conférencier a, en effet, montré par de nombreux exemples combien cette eau, dans certains cas, provoque de désastres en apportant la fièvre typhoïde, le choléra, la dysentérie, etc... Les épidémies d'Auxerre, du Guilvinec, de Gênes, de Vassogne, dont M. Brouardel a fait une élégante narration, ont en effet toute la valeur d'une expérience. Ce rôle de l'eau dans le développement des maladies infectieuses est, du reste, connu depuis bien longtemps : Hippocrate en parle dans les termes les plus précis ; et, de nos jours, n'accuse-t-on pas à chaque instant les puits, les rivières, les sources d'être empoisonnées, dès que se produit quelque part une épidémie un peu meurtrière ? Quelle est donc la nature de ce poison disséminé par les eaux ? Les analyses chimiques ne donnent pas de renseignements bien formels : une eau très chargée de chaux ou de matières organiques ne produit pas d'accidents bien graves. D'autre part, la grosse analyse microscopique, si elle permet de déceler la cause d'épidémies d'ankylostomes comme celle du St-Gothard, ne nous indique pas davantage le mode de contamination de la fièvre typhoïde ou du choléra. C'est l'examen bactériologique seul qui peut dire que telle eau est ou n'est pas potable : l'épidémie de Pierrefonds, au sujet de laquelle M. Brouardel a fait une si intéressante communication à l'Académie des sciences, démontre bien tout ce que désormais l'on peut attendre des recherches microbiologiques dans les questions d'hygiène les plus délicates.

Les démonstrations si claires qu'a présentées M. Brouardel ont produit une vive impression dans le nombreux auditoire de la Sorbonne : elles feront sans doute beaucoup pour hâter l'application des mesures hygiéniques indispensables à la salubrité des villes et des individus. Aussi, nous adressons toutes nos félicitations à l'infatigable président du comité consultatif d'hygiène de France.

BIBLIOTHÈQUE DE REIMS. — Est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Reims : M. le Dr LUTON, directeur de l'École de médecine, président de l'Académie nationale de Reims.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Dans sa séance du lundi 31 janvier, la Société médico-psychologique a procédé à l'installation de son bureau pour 1887, composé ainsi qu'il suit : Président, M. V. Magnan ; vice président, M. J. Cotard ; secrétaire général, M. Ant. Ritti ; secrétaires annuels, MM. Charpentier et Paul Garnier ; trésorier, M. Aug. Voisin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 *janvier* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

MM. G. HAYEM et BARRIER ont répété l'expérience de Brown-Séquard sur la *tête des animaux décapités.* Ils ont constaté que l'extinction du sentiment et de la volonté paraît extrêmement rapide, sinon immédiate, après la décapitation. La vie consciente peut être entretenue, dans la tête séparée du tronc, à l'aide de l'injection immédiate de sang artériel emprunté à un animal, soit de la même espèce, soit d'une espèce différente. La transfusion du sang, faite dans une tête inerte, depuis quelques minutes, fait renaître des mouvements automatiques et des mouvements réflexes multiples et étendus, mais elle ne peut réveiller ni les sens, ni la volonté.

MM. RUMMO et FERRANNINI ont étudié les *variations physiologiques diurnes et nocturnes du pouls du cerveau.* Le sommeil normal n'est pas accompagné pendant toute sa durée de la même modification de la circulation cérébrale, mais on y observe des variations distinctes en trois phases. Le sommeil interverti s'accompagne d'une diminution notable de la tension du pouls cérébral. Pendant la veille intervertie, si l'individu continue à lutter contre le sommeil, la tension du pouls tend à diminuer de plus en plus.

M. LAVOCAT décrit les *tiges jugale et ptérygoïde chez les Vertébrés.*

M. MAQUENNE étudie les propriétés de l'*Inosite.*

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 *février* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. R. DUBOIS annonce qu'au moyen de l'appareil qu'il a inventé pour l'administration des mélanges titrés d'air et de chloroforme il a pu endormir des lapins sans accident.

M. QUINQUAUD remet une note de MM. MAIRET et COMBEMALE sur l'administration du nitrate de potasse à haute dose. 1 à 2 grammes par kilogramme d'animal suffisent pour amener rapidement la mort.

M. DÉJERINE remet une note de M. DE VARIGNY sur l'action de l'eau douce, de la chaleur et de quelques poisons sur une variété de crabe.

MM. DÉJERINE et DARKEWICZ ont fait des recherches sur les lésions d'origine des nerfs de la 3ᵉ et de la 6ᵉ paire dans l'ataxie locomotrice. Ils rappellent que la paralysie de la 3ᵉ paire constituée par la blépharoptose, le strabisme externe et la mydriase est toujours incomplète. M. Déjerine a déjà eu l'occasion d'apporter devant la Société des faits qui montraient que les lésions étaient en effet constituées par des névrites périphériques qui expliquaient ainsi la dissociation des phénomènes observés. Au contraire, la paralysie de la 6ᵉ paire semble reconnaître presque toujours une origine centrale. Dans le fait examiné, les cellules du noyau étaient toutes dégénérées : c'est la première fois que semblable constatation avait été faite sur des bases aussi précises.

Cette observation présente encore un intérêt purement anatomique qui n'en est pas moins considérable. Les physiologistes ont admis, pour la plupart, que le moteur oculaire externe naît d'un noyau qui lui est commun avec le noyau supérieur du facial ou facial *abducens.* Or les cellules du noyau de la 6ᵉ paire étaient toutes dégénérées et pendant la vie il n'y avait rien du côté du facial. En outre ils ont également admis qu'il y avait une anastomose entre ce noyau et les cellules qui président aux fonctions du droit interne du côté opposé : or il ne s'était pas produit de déviation conjuguée. Les auteurs pensent qu'à l'aide de la méthode anatomo-clinique on arrivera ainsi à déterminer certaines fonctions bulbo-protubérantielles sur lesquelles les procédés expérimentaux de la physiologie ont laissé encore bien des doutes.

M. LABORDE répond qu'il a parfaitement vu sur des coupes du bulbe faites par M. Mathias Duval l'anastomose du noyau supérieur du facial avec celui de la 6ᵉ paire.

M. HENNEGUY rappelle que l'on trouve dans les follicules ovariques un petit corps réfringent situé près de la vésicule germinative et qui n'est autre que la vésicule embryogène si exactement décrite par M. Balbiani. Jusqu'ici on n'avait pu examiner cette vésicule qu'à l'état frais, car on ne possédait pas le moyen de la fixer par les réactifs. L'auteur a découvert ce procédé en employant le liquide de Fleming, dans la composition duquel entre l'acide osmique. Au moyen de ce réactif, il a pu constater que la vésicule embryogène existe déjà dans les follicules primordiaux à deux rangées de cellules situés à la surface de l'ovaire. Il se propose de revenir ultérieurement sur la constitution intime de ce corps.

M. DE SINÉTY insiste sur l'importance de la communication de M. Henneguy. Les recherches de cet auteur viendraient confirmer en particulier l'opinion de Waldeyer, qui considérait comme de véritables follicules toutes les petites saillies situées à la périphérie de l'ovaire.

M. BÉRILLON fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : l'*Œuvre scientifique de P. Bert.*

M. LABORDE rappelle que des recherches depuis longtemps poursuivies ont permis de considérer la moelle comme un véritable centre de perception. Ces recherches ont été faites particulièrement sur les grenouilles décapitées qui ont présenté des mouvements associés de défense locale ou générale parfaitement coordonnés. A son tour, il a expérimenté sur de jeunes chats et a également reproduit tous ces phénomènes en variant ses expériences de façons très diverses. On comprend l'importance de ces constatations pour l'interprétation des mouvements associés instinctifs. Pour les provoquer, la moelle n'a pas besoin de faire appel au cerveau et ces mouvements s'exécutent ainsi avec rapidité, instinctivement, au fur et à mesure des besoins qui les font naître. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *février* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. PETER présente, au nom de MM. DE RENZI et AMOROSO (de Naples) un travail relatif à de *nouvelles recherches expérimentales sur la rage,* tendant à établir que l'on peut déterminer la rage à coup sûr par l'inoculation du virus rabique sous la dure-mère après trépanation, mais qu'il n'existe pas de médication préventive contre cette rage ainsi provoquée.

M. VULPIAN fait observer que les expériences de MM. de Renzi et Amoroso sont en contradiction absolue avec celles de M. Cantani et qu'il y a lieu de tenir un grand compte de l'inexpérience des premiers, concernant les études bactériologiques.

Election d'un membre associé libre: Votants: 79. Majorité : 40. Au premier tour de scrutin, M. WORMS est élu par 45 voix, contre 15 bulletins blancs, 9 voix données à M. Rivière, 8 à M. Magitot, 2 à M. Corlieu.

M. PANAS fait une communication *sur la nutrition de l'œil,* d'après des expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline. Dans une première série d'expériences, M. Panas a utilisé les propriétés colorantes de la fluorescéine injectée dans les veines d'un lapin ou d'une grenouille. L'humeur aqueuse est manifestement secrétée dans l'espace rétro-iridien. Quant aux déductions physiologiques et pathologiques principales qui découlent des expériences faites avec de la naphtaline, administrée à la dose de 2 à 3 grammes chez les lapins, elles se résument ainsi: la nutrition du cristallin paraît être sous la dépendance de la rétine surtout et conjointement du vitreum. De là, sa dénutrition et la cataracte, lorsque ces parties sont altérées. Les voies que suit le courant nutritif venu des vaisseaux centraux sont: l'espace ventriculaire, intra-rétinien, et celui placé entre la rétine et l'hyaloïde, avec son prolongement hyaloïdien au canal de Cloquet.

M. Giraud-Teulon estime que la communication de M. Panas est conforme à des idées qu'il a émises antérieurement, et place la nutrition du cristallin sous la dépendance immédiate de la circulation rétinienne.

M. A. Ollivier fait une communication remarquée sur *la pelade*, envisagée au point de vue des écoles. Les administrations supposent que la pelade est une maladie contagieuse, au même titre que les teignes tondante et faveuse, et prescrivent en conséquence d'éloigner les enfants atteints de la pelade. Si quelques auteurs pensent que la pelade est une teigne, un grand nombre de dermatologistes estiment qu'elle est le fait d'un trouble trophique de la peau, sans préjuger de la cause de ce trouble. Si les uns invoquent un parasite, si les autres invoquent une perturbation du système nerveux, une sclérose disséminée du derme avec atrophie consécutive des bulbes pileux, M. Ollivier s'en tenant à ses propres observations, tant à l'hôpital des Enfants que dans les écoles, déclare que la contagion de la pelade est très problématique. Cette contagion peut avoir été notée, à titre de rare exception, dans quelques dermatoses indéterminées du cuir chevelu ressemblant à de la pelade. Est-ce là un motif suffisant pour entraver l'instruction d'un certain nombre d'enfants, pour s'exposer à les arrêter dans leurs études, car la maladie dure parfois un à deux ans. M. Ollivier ne le pense pas (1). A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 novembre 1886. — Présidence de M. Cornil.

1. Fibro-sarcome du coude droit. — Amputation du bras. Mort un an après l'opération. Autopsie. — Généralisation du néoplasme; par J. Reboul, interne à l'hospice d'Ivry.

Observation. — Dr... Sylvain, âgé de 76 ans, entre le 3 octobre 1885 à la salle Broca n° 7 (infirmerie de chirurgie de l'hospice d'Ivry) service de M. le Dr Monod. (La première partie de cette observation m'a été communiquée par M. le Dr Monod).

Antécédents. — Il y a 50 ans : fractures des deux jambes, à droite fracture avec plaie. En 1877, apparition sans cause apparente d'une petite tumeur du volume d'une noix, au niveau du coude droit. Tumeur dure, indolente, mobile, roulant sous le doigt. Peu à peu augmentation de volume. En 1884, entrée dans le service. Ponction de la tumeur du coude droit. On retire du liquide (?). Depuis lors augmentation considérable du volume de cette tumeur.

Etat actuel. Coude droit : Tumeur irrégulière, volumineuse, rénitente en certains points, presque fluctuante en d'autres, notamment à la partie postérieure. Cette tumeur remonte un peu sur la face postérieure du bras. A la partie externe du coude, la saillie formée par la tumeur est du volume d'une grosse orange. En dedans elle est à peine sensible, tandis qu'en arrière elle atteint le volume d'une tête de fœtus. La tumeur ne paraît pas adhérente aux parties profondes. La peau est saine au niveau de la tumeur, mais très tendue, sans adhérences. Pas de dilatation notable des veines sous-cutanées. Pas d'œdème, ni douleurs spontanées, ni douleurs à la pression. Un peu d'engourdissement dans le membre. Quelques fourmillements dans les deux derniers doigts. Pas d'engorgement des ganglions axillaires. L'avant-bras droit est dans une position intermédiaire entre l'extension et la demi-flexion. La flexion et l'extension complètes ne peuvent être produites. — Mouvements de pronation et de supination conservés. L'humérus est sain au-dessus de la tumeur. Rien au cubitus. Atrophie complète du bras. Paroi thoracique : sur la région costo-sternale gauche et à la partie inférieure petite tumeur du volume d'une noisette, indolente, sous-cutanée, roulant sous le doigt. Poignet gauche : petite tumeur du volume d'une noix siégeant sur la partie antérieure de l'avant-bras (au devant du cubitus) : consistance élastique. D'après le malade cette tumeur aurait débuté il y a environ 14 ans.

10 *octobre.* Amputation du bras droit à la partie moyenne. Chloroforme. Deux sutures profondes, sutures superficielles. 3 drains. Pansement de Lister.

13 *octobre.* On refait le pansement, on enlève les sutures profondes et superficielles et on raccourcit les 3 drains de 2 centimètres. Pas de fièvre.

17 *octobre.* On retire les drains.

20 *octobre.* Pansement au diachylon : deux bandes appliquées en croix.

25 *octobre.* Cicatrisation complète. Santé générale excellente. Examen de la tumeur du coude droit. Dissection : Peau saine, non adhérente. Bourse olécrânienne, normale. La tumeur ne commence qu'immédiatement au-dessus de l'olécrâne. Tissu cellulaire sous-cutané dépourvu de graisse, épaissi, formant une capsule à la tumeur, surtout marquée en arrière et en dehors. Triceps : Fibres musculaires et tendineuses sont dissociées et étalées à la surface de la tumeur ; elles se confondent et se fusionnent avec le tissu cellulaire sous-cutané. Nerf cubital, paraît sain ; comprimé par la tumeur contre l'épitrochlée. Nerf médian, artère et veines humérales non comprimés ; ces organes sont distants de la tumeur d'environ un centimètre. Brachial antérieur : le bord externe de ce muscle est engaîné par la tumeur qui recouvre une petite partie de sa face antérieure et s'étend en bas au-devant de l'insertion des muscles épitrochléens. Nerf radial non comprimé. Ligaments latéraux et postérieurs, font corps avec la tumeur. Ligaments antérieurs, paraissent sains. L'extrémité supérieure du cubitus paraît saine, de même le radius. Humérus : à la partie inférieure le périoste est très adhérent à la tumeur. L'os n'est pas augmenté de volume. Cavité olécrânienne remplie par un prolongement de la tumeur du volume d'une noix. Il y a adhérence complète à l'humérus à ce niveau.

Tumeur : Surface extérieure mamelonnée. Consistance molle et élastique. A la coupe : Tumeur d'un blanc mat, d'aspect lardacé, parsemée de taches ecchymotiques irrégulières de quelques millimètres de surface et de coloration foncée variable. Par place, infiltration gélatineuse grisâtre. A la partie postérieure cavité irrégulière renfermant un liquide rosé, très fluide. Les parois sont tomenteuses et infiltrées. Le tissu ne crie pas sous le scalpel. Une coupe antéro-postérieure de l'humérus à sa partie inférieure montre une raréfaction du tissu osseux.

Examen de la tumeur. — (Communiqué par M. Artaud, chef de laboratoire au Muséum). La tumeur constituait une masse du volume d'une tête d'enfant, enveloppant l'articulation du coude. Elle ne présentait d'adhérences qu'au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus dont elle semblait émaner. Elle constituait une masse presque sphérique, inégale et bosselée, d'aspect dur et élastique, à délimitation assez nette. A la coupe, on trouvait une résistance assez grande et presque fibreuse. Aspect blanchâtre de la surface de la coupe et apparence lobulée. Pas de points jaunes, pas de liquide suitant sur cette surface. — *Examen microscopique :* La tumeur offrait absolument le type du fibrome fuso-cellulaire ou sarcome fibroplastique. On trouvait comme éléments constitutifs de la tumeur des éléments fibro-cellulaires du sarcome fasciculé très serrés les uns contre les autres et formant un tissu très dense. — Ces éléments étaient groupés par ilots dans un stroma absolument fibreux, limitant de grands espaces remplis de cellules à forme allongée et fusiformes. Nulle part, on ne trouvait trace de dégénérescence ni d'hémorrhagie. Tous les points du néoplasme se présentaient sous le même type morbide de sarcome fasciculé. Dans l'épaisseur des masses cellulaires, on voyait de nombreux vaisseaux, presque tous capillaires, les uns aux tuniques musculaires, les autres réduits à leur couche épithéliale et à leur membrane anhyste. Les limites de la tumeur sont formées par une coque fibreuse,

(1) Ne pas oublier que l'examen microscopique est pour quelques-uns absolument négatif ; malgré des recherches très attentives toute récentes, il a été impossible de retrouver le parasite spécifique, autrement dit le champignon de la pelade. D'ailleurs les auteurs, qui jadis en ont décrit un, ne rompraient probablement plus de lances en faveur de son existence à l'heure qu'il est. (M. B.)

infiltrée d'éléments ronds et fusiformes, qui se propagent dans les tissus environnants. En présence de ces faits, on peut conclure qu'il s'agit d'un *sarcome fasciculé* ou d'un *fibrome fuso-cellulaire* développé aux dépens du périoste de l'humérus. Le malade entre à l'infirmerie de médecine de l'hospice d'Ivry (salle Bernard, n° 17), dans le service de M. le Dr Roques, le 13 octobre 1886.

Le malade se plaint de faiblesse extrême, augmentant depuis quelque temps. L'appétit est perdu. Il tousse un peu. A l'examen, on constate plusieurs tumeurs disséminées à la surface de la peau, surtout sur le tronc : ces tumeurs sont sous-cutanées, peu adhérentes à la peau. Leur volume varie d'un grain de millet à une grosse orange. Leur consistance est, en général, molle. Certaines présentent une véritable fluctuation. Pas d'altération de la peau à leur niveau. *Indolence absolue.* — Les plus volumineuses siègent à la région chondrosternale gauche, à la région ombilicale gauche, dans la région axillaire gauche, dans l'aîne du côté droit, et enfin sur le flanc gauche. La tumeur de cette dernière région est très *volumineuse*, fluctuante : par une ponction exploratrice, on retire une sérosité séro-sanguinolente et des débris de matière organique qui, examinés au microscope, semblent être des fragments de sarcome. — Le cuir chevelu présente plusieurs tumeurs, quelques-unes occupant les régions pariétales, font une saillie notable : l'une d'elles, cylindrique, a une hauteur de 2 centimètres et le volume du petit doigt. La peau, à ce niveau, est très adhérente et parcourue par des vaisseaux dilatés. L'état général est relativement bon, et, sauf un amaigrissement assez marqué et une inappétence absolue, nous ne constatons que les signes suivants : Le cœur présente quelques irrégularités, pas de souffle. A la base des deux poumons, on perçoit des râles muqueux fins. Pas de submatité à ce niveau, pas de souffle. Peu de toux, peu d'expectoration, les crachats sont muqueux. Un peu de dyspnée. Langue saburrale. Pas de sensibilité épigastrique. Ni nausées, ni vomissements. Les digestions sont bonnes. Pas de diarrhée Le foie est augmenté de volume. La matité hépatique dépasse de un à deux travers de doigt le rebord costal. Induration de la tête de l'épididyme du côté droit ; immédiatement au-dessus, kyste transparent, du volume d'une noix. Pas de douleurs lombaires, pas de troubles de la miction, sauf un peu de lenteur, due à une hypertrophie de la prostate. Pas d'albumine, les urines sont acides et claires.

Le malade reste dans cet état jusqu'au 25 octobre. — A partir de ce jour, l'affaiblissement et l'amaigrissement augmentent, la langue se sèche. La diarrhée survient. Cet état cachectique augmente peu à peu et le malade succombe sans qu'aucun signe ait pu faire prévoir la mort, le 29 octobre.

Autopsie. Le 30 octobre. — *Aspect extérieur.* Amaigrissement extrême. Nodosités disséminées à la surface du corps. *Région thoracique.* Région costale gauche : tumeurs sous-cutanées, dures ou molasses, volume d'un pois à une noisette, peu adhérentes à la peau, disséminées. Région axillaire gauche, sur la paroi interne : tumeur sous-cutanée, mobile, du volume d'une noisette, paraissant développée aux dépens d'un ganglion lymphatique. *Région Abdominale.* Région ombilicale, à 2 centim. environ au dessus et à gauche de l'ombilic : tumeur du volume d'un œuf de pigeon, en partie mobile sous la peau, demi-fluctuante. La dissection de cette tumeur montre qu'elle est peu adhérente à la peau, mais très adhérente à l'aponévrose superficielle de la paroi abdominale antérieure. Tumeurs petites, nombreuses, disséminées sur toute l'étendue de la paroi antérieure de l'abdomen, sous-cutanées. *Membres.* Le moignon consécutif à l'amputation du bras droit ne présente rien d'anormal. sa dissection ne montre aucun nodule. Avant-bras gauche, la tumeur signalée en septembre 1885, au devant du cubitus a presque complètement disparu. Dans l'aire du triangle de Scarpa du côté droit, plusieurs tumeurs arrondies ou ovoïdes, petites, sous-cutanées, probablement développées aux dépens des ganglions lymphatiques. *Tête.* Sur le cuir chevelu plusieurs petites tumeurs, arrondies ou sous forme de végétations plus ou moins saillantes, particulièrement sur les parties latérales, ayant beaucoup diminué de volume depuis la mort. *Cavité thoracique.* Nodosités sous-sternales et souscostales disséminées, blanches ou grisâtres, assez denses, adhérentes à la plèvre, non adhérentes aux muscles ; du volume d'un pois à celui d'une noisette ; à la face interne de l'extrémité antérieure de la deuxième côte gauche, tumeur très adhérente au périoste dont on ne peut la séparer, molasse, du volume d'un œuf de pigeon. A la face interne de la troisième côte droite et à l'union du tiers postérieur et du tiers moyen : Tumeur, demi-fluctuante, intimement unie à la côte et du volume d'un œuf de poule; la côte est déformée et élargie à ce niveau, la plèvre est adhérente à la tumeur. Pas d'épanchement dans les plèvres. *Poumon gauche.* Quelques adhérences pleurales au sommet ; à la surface du poumon, dans la scissure interlobaire, dans l'épaisseur du parenchyme, nombreuses tumeurs grisâtres ou blanchâtres, facilement énucléables, du volume d'un pois à celui d'une noisette. *Poumon droit.* Tumeurs semblables avec les mêmes caractères. Au niveau du pédicule du poumon gauche : Tumeur molasse, gris rougeâtre, du volume d'un œuf de pigeon, probablement développée aux dépens d'un ganglion lympathique. A la coupe : masse grenue blanchâtre infiltrée d'un liquide grisâtre. Congestion des deux bases des poumons. Pas d'épanchement dans les plèvres. *Péricarde.* Sur les 2 feuillets, petites tumeurs blanchâtres, élastiques, adhérentes à la séreuse, sur le péricarde viscéral ; les tumeurs sont surtout nombreuses sur les parois du ventricule gauche. *Cœur.* Volume normal.

Cavité abdominale. Pas d'épanchement dans le péritoine. *Péritoine.* Sus-ombilical : Petites tumeurs blanches, élastiques, disséminées. *Grand Epiploon.* Petites tumeurs blanches disséminées ; sur le bord gauche de ce repli et à la partie inférieure : Tumeur bosselée, fluctuante par places, très vasculaire, du volume d'un œuf de poule. *Mésentère.* Petites tumeurs blanches élastiques disséminées, quelques-unes sont ombiliquées.

Tube digestif. Rien dans la bouche et le pharynx. A la surface de la muqueuse de l'œsophage, petites tumeurs, rares, faisant saillie, blanchâtres, élastiques. *Estomac.* Tumeurs petites, blanches, disséminées dans l'épaisseur des parois, faisant saillie sur les deux surfaces, particulièrement sur la face antéro-supérieure. *Intestin.* Nombreuses petites tumeurs, disséminées, situées dans l'épaisseur des parois et faisant surtout saillie à la surface interne. *Pancréas.* Augmenté de volume et de consistance, recouvert de nombreuses petites tumeurs blanchâtres, dures ou renitentes, élastiques. — *Rate.* Tumeurs rares à la surface, trois à la face interne, ombiliquées, quelques-unes dans le parenchyme, arrondies.

Foie. Augmenté de volume.

Lobe gauche : La face supérieure présente près du ligament suspenseur, et à trois travers de doigt de l'extrémité splénique et étendue de l'échancrure antérieure au sillon de la veine cave inférieure, une tumeur lobulée, blanchâtre, parcourue par des vaisseaux sinueux, paraissant être formée par la réunion de plusieurs petites tumeurs. Consistance dure à la périphérie, molasse au centre. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule. Tout autour de cette tumeur principale, plusieurs petites tumeurs, les plus grosses ombiliquées. Lobe droit : Face convexe. Trois tumeurs blanchâtres ombiliquées, plusieurs autres tumeurs disséminées, arrondies ou ovoïdes.

Face inférieure. Sur le lobe gauche, nombreuses tumeurs, dont une très volumineuse, circulaire, ombiliquée, avec trois sillons rayonnant du centre ; de couleur blanchâtre, de consistance dure et élastique à la périphérie. La face inférieure du lobe droit présente des tumeurs semblables, surtout en avant. A la coupe, la grosse tumeur du lobe gauche a un aspect encéphaloïde, le centre est blanc, jaunâtre, crayeux, infiltré d'un liquide grisâtre. A la coupe du lobe droit, on voit que le foie est farci de tumeurs sem-

blables à celles de la surface, d'un volume variant entre unc tête d'épingle et une noisette, de consistance ferme. *Vésicule biliaire*: Sur les parois du fond et du corps, quelques noyaux faisant saillie à la surface interne, de même à l'union du col et du corps; pas de calculs. *Reins:* Les deux reins présentent à leur surface et dans l'épaisseur de la substance corticale quelques tumeurs blanchâtres, dures. *Vessie*: Trois petites tumeurs d'un blanc rosé, dures, faisant saillie à la surface interne. *Prostate*: Hypertrophiée. Une tumeur du volume d'une noix est adhérente au lobe droit: Elle est blanche, de consistance élastique. *Testicule droit.* Petite tumeur blanche, dure, occupant la tête de l'épididyme. Kyste contenant un liquide clair, transparent, occupant la partie inférieure du cordon. *Tissu cellulaire sous-péritonéal:* Dans la région lombaire gauche: Tumeur du volume d'un œuf de paon, lobulée, dure et fluctuante par places, recouvrant l'extrémité inférieure du rein. A la coupe: infiltration sanguine du centre de la tumeur.

Dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, tumeur molle, du volume d'une grosse noix, bosselée. *Ganglions lymphatiques*: Situés au-devant de la colonne lombaire, sont volumineux et forment des tumeurs blanchâtres, de consistance faible, se laissant facilement déchirer. Ganglions lymphatiques iliaques externes droits, présentent de semblables altérations. *Cavité crânienne*: Dure-mère très adhérente à la voûte crânienne, surtout sur les parties latérales.

Athérome très marqué des artères cérébrales, surtout à la base. L'encéphale ne présente ni tumeurs, ni lésions apparentes. Rien d'apparent à la moelle.

Examen microscopique. — J'ai examiné plusieurs tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané, et une tumeur développée sur la 2e côte gauche. Toutes présentaient le type du *sarcome fasciculé.* M. Toupet, notre excellent collègue, a bien voulu examiner certaines de ces tumeurs de généralisation. L'examen qu'il a fait d'une tumeur développée dans le foie, lui a permis de conclure à un *sarcome fasciculé.*

Réflexions.— Ce cas m'a paru intéressant pour les raisons suivantes: 1° âge avancé du malade, 76 ans; 2° généralisation rapide; mort un an après l'amputation du bras pour le sarcome du coude droit; 3° L'extension de la généralisation à presque tous les organes; 4° la généralisation extrême d'un sarcome fasciculé.

M. Cornil fait remarquer que l'envahissement *secondaire* de l'estomac, do l'œsophage et de la vésicule biliaire, est un fait rare, surtout dans le sarcome.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 février 1887. — Présidence de M. Polaillon et de M. Lannelongue.

M. Larrey dépose sur le bureau de la Société trois brochures, dont l'une est de M. le Pr Bouchard (de Bordeaux) et est intitulée: *Étude de trois circonvolutions frontales dans trois cerveaux d'assassins suppliciés.*

M. Terrillon lit un rapport sur une observation de M. Routier ayant trait à une *tumeur douloureuse du sein* (adénome) *opérée et guérie.* Il s'agissait d'une femme de 21 ans se plaignant dans le côté gauche de douleurs violentes, à forme névralgique, et siégeant au niveau de la mamelle. Au niveau du point douloureux, il y avait des lobules glandulaires durs. Le diagnostic de tumeur, cliniquement parlant, était difficile à affirmer; cependant, sur les instances de la malade, le traitement médical n'amenant aucun soulagement, on fit l'ablation du lobule douloureux. L'examen histologique montra qu'on avait eu affaire à un adénome. M. Terrillon insiste sur la difficulté du diagnostic: il n'y avait à proprement parler aucun signe de néoplasme, car le lobule qu'on a enlevé (celui qui était douloureux) était identique à d'autres laissés en place parce qu'ils n'étaient pas douloureux. Il mentionne aussi la disparition des douleurs après l'opération et le précieux concours de l'histologiste qui a prouvé qu'il y avait tumeur dans un cas où le clinicien restait dans le doute.

M. Chauvel fait une communication sur quelques expériences qu'il a entreprises dans le but de se rendre compte des *effets des balles de petit calibre en plomb, enfermées dans une enveloppe d'acier.* Les balles avec lesquelles il a expérimenté sont cylindro-coniques, ont 8 mill. de calibre sur 33 mill. de long et pèsent 16 grammes. A une distance de 15 mètres, le tir avec ces balles, dont la vitesse initiale est de 550 mètres, sur des cadavres perdus, détermine des dégâts épouvantables, des plaies viscérales presque sûrement mortelles, des fracas d'os extraordinaires, si l'on tire à pleine charge, ces balles peuvent, à courte distance, traverser plusieurs corps sans se déformer. Si la vitesse est moindre, c'est-à-dire quand on tire à une grande distance (comme cela a lieu généralement sur un champ de bataille), les lésions des parties molles sont presque insignifiantes et la réunion immédiate possible, si la suppuration est évitée. Les parois du trajet de la balle présentent une grande tendance à se rapprocher, tant le canal est étroit. Quant aux lésions osseuses, elles sont variables suivant les os atteints ou la partie de l'os qui est blessée. Les os spongieux, les extrémités articulaires des os longs sont perforées par les balles comme avec un trocart, quoique des fissures assez étendues se produisent en même temps sur la partie compacte de l'os située au voisinage de l'épiphyse. S'il s'agit d'un os long, à tissu compact, le fracas est au contraire épouvantable, l'os est comme pulvérisé. M. Chauvel pense que le degré de la lésion est en rapport surtout avec la force de propulsion du projectile.

M. Trélat fait ressortir l'intérêt et l'actualité de cette question qui est encore à l'étude au Val-de-Grâce.

M. Berger pense que pour juger de la gravité des lésions produites par ces balles, il faut tenir compte de l'état du tissu médullaire, ce qui est impossible à étudier sur le cadavre. Des désordres qui paraissent légers sur des pièces sèches peuvent s'il s'agit d'individus vivants, occasionner des phénomènes graves (ostéomyélite, etc.).

M. Chauvel croit cependant que les lésions osseuses des diaphyses, malgré les fissures constatées (dans les cas où il y a tir à longue portée), ne doivent pas être très graves si la suppuration est évitée. En effet, dans ces cas, l'os reste revêtu de son périoste, et celui-ci maintient en contact les parties osseuses fissurées.

M. Trélat insiste sur ce fait, à savoir que ces balles font des trous très larges quand elles passent au travers de la masse intestinale, comme l'a signalé M. Chauvel. Il rapproche cela de ce qu'il disait à propos des plaies de l'intestin par balles de révolver de petit calibre.

M. Reclus rapporte quelques expériences qu'il a faites sur des cadavres avec des balles de révolver de petit calibre, dans le but d'étudier les effets produits par ces balles sur l'intestin. Avec des balles de 5 mill. de calibre, si la balle prend l'intestin perpendiculairement à sa trajectoire, la perforation est presque nulle, surtout sur l'estomac. Avec des balles de 7 mill., sur le cœcum, il a vu deux ouvertures de 7 mill. Dans un autre cas, un coup de révolver, tiré à 2m dans l'abdomen d'un cadavre, a produit onze plaies de l'intestin. Dans dix, l'orifice avait, à 1 mill. près, les dimensions et le calibre de la balle, c'est-à-dire 7 mill.; mais une blessure était constituée par deux perforations avec pont intermédiaire de 6 mill., et siégeait du même côté de l'intestin. Ces deux orifices avaient de 10 à 14 mill. (L'intestin avait été pris en écharpe.)

M. Pozzi fait remarquer que ces deux perforations, séparées par un pont de paroi intestinale, s'expliquent bien par l'éraflure et l'abrasion de la paroi de l'intestin par une balle rasant sa surface au niveau d'une plicature.

M. Nélaton fait une communication intitulée: *Lymphangiome de la région crurale, opération par la méthode sanglante, guérison.* L'extirpation de cette tumeur a été faite après application de la bande d'Esmarch. L'auteur a rapporté ce cas en raison de la rareté des observations publiées et du mode de traitement employé. (Renvoi à une commission.)

M. Polaillon présente un malade auquel il a fait, pour une *perte de substance de la joue* (suite de gangrène survenue après une fièvre typhoïde), une série d'opérations: résection du maxillaire inférieur, dans une étendue de 4 à 5 cent., de la première molaire à l'angle de la mâchoire, autoplastie des lè-

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Plusieurs de nos abonnés nous réclament les tables des matières des deux volumes parus en* 1886. — *La table du premier semestre a paru dans* **le numéro 35 de 1886**, *et la table du deuxième semestre dans* **le numéro 5 de 1887**. — *Nous prévenons nos abonnés que, conformément à nos avis précédents, les quittances de réabonnement sont mises en recouvrement.*

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — 14e Session. — Grenoble, 1885. — Volume in-8 de 310 pages, avec plan. — Paris, 1886. — Au secrétariat, 4, rue Antoine-Dubois.

DUBOIS (R.). Thèses présentées à la Faculté des sciences de Paris pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles. 1re thèse : Les élérides lumineux. — Contribution à l'étude de la production de la lumière par les êtres vivants ; — 2e Thèse : Propositions données par la Faculté. Volume in-8 de 276 pages, avec 9 planches lithographiques hors texte et 30 figures. — Meulan 1886. — Imprimerie de la *Société zoologique de France*.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

PASTILLES GÉRAUDEL — MARQUE DÉPOSÉE

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

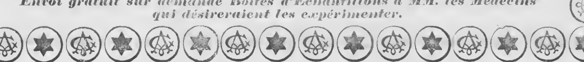
L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur

A. GÉRAUDEL

Pharmacien à ***Ste-Ménehould*** (Marne)

(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)



vres, etc. Le malade n'a plus de perforation de la joue, mais ne peut encore que très difficilement ouvrir la bouche.

M. Delorme montre un soldat auquel il fait le râclage et *l'évidement d'une articulation sacro-iliaque* remplie de fongosités. Il insiste sur la rapidité de la guérison, malgré un grand décollement du rectum. Le malade marche et court très bien à l'heure qu'il est.

M. Pozzi montre une femme à laquelle il a pratiqué l'opération d'Alexander pour une rétroflexion utérine très prononcée. A ce propos il insiste, dans le but d'annihiler le faux pli de l'utérus, sur l'utilité d'un pessaire à tige intra utérine, placé pendant les quinze jours qui suivent l'opération pour maintenir l'utérus en avant. On le retire après. La guérison a été complète après quatre mois.

M. Bouilly cite un cas analogue. La guérison se maintient depuis un an, mais il n'a pas employé le pessaire intra-utérin.

M. Terrier considère l'opération d'Alexander comme très bonne, mais il ne croit pas le pessaire intra-utérin absolument indispensable. L'idéal serait de n'en pas avoir besoin.

M. Pozzi ajoute qu'il est peut-être inutile et qu'on peut sans doute s'en passer, mais en tous les cas il n'est pas dangereux.

Election d'un membre titulaire. — La commission avait proposé: en 1re ligne, M. Segond ; en 2e ligne, M. Quenu ; en 3e ligne et par ordre alphabétique, MM. Nélaton, Prengrueber, Reynier, Routier. Votants, 31 ; majorité, 26. M. Segond, ayant obtenu 23 voix, est proclamé membre titulaire de la Société de Chirurgie. M. Quenu a eu 4 voix ; M Prengrueber, 2; M. Routier, 1 ; M. Nélaton, 1. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 janvier 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle les difficultés qu'on éprouvait à injecter sous la peau des substances irritantes, telles que l'iodoforme, l'iodol, etc. Ces difficultés n'existent plus aujourd'hui, grâce à la découverte de M. Meunier, qui a pu, en se servant de la vaseline liquide, injecter même du sulfure de carbone. Cette vaseline, connue sous le nom d'huile de Bakouck, dissout avec facilité presque tous les antiseptiques : elle est inoffensive par elle-même. M. Meunier a expérimenté de cette façon l'eucalyptol dans le traitement de la phthisie pulmonaire suivant la formule :

Eucalyptol pur. . . . . . 20 grammes.
Vaseline liquide. . . . . . 100 —

Le médicament est absorbé, ainsi qu'a pu s'en assurer M. Dujardin-Beaumetz. Lui-même a injecté de l'iodoforme et de l'eucalyptol, soit séparés, soit réunis, mais les essais qu'il a faits, même avec d'autres substances, ne lui ont pas donné de résultats satisfaisants.

M. Duchenne dit que le corps dont il s'agit n'est pas de la vaseline, mais bien de l'huile de vaseline. Il ne faut pas l'épurer à l'aide de l'acide sulfurique, car elle devient irritante. Les ouvriers qui la préparent l'absorbent à la dose de 4°,6 à 50 grammes par jour lorsqu'ils ont une bronchite.

M. C. Paul a administré les perles de vaseline qui ont toujours été très mal supportées. L'huile de vaseline est précieuse parce qu'elle peut remplacer les liquides qui corrodent les seringues et dans lesquels les liquides antiseptiques étaient dissous.

M. Boismont lit un rapport sur le travail de M. Lafont sur la digitaline.

M. Dupont lit une note sur la physiologie du tissu pulmonaire. Gilles de la Tourette.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. **Teignes et teigneux. — Histoire médicale. — Hygiène publique** ; par le Dr H. Feulard, in-8° de 231 pages, Thèse Paris, 1886, Steinheil, éditeur.

II. **La capitale de l'Équateur au point de vue médico-chirurgical** ; par les Drs Gayraud et Domec, in-8° de 277 pages. Paris, Coccoz, 1886.

I. M. Feulard n'est pas un inconnu pour nos lecteurs. Nous avons déjà eu l'occasion d'analyser ici-même son histoire de l'hôpital Laënnec et de dire tout le bien que nous en pensions. Aujourd'hui, il nous offre un nouveau chapitre à ajouter au précédent, et digne à tous égards de fixer notre attention. Son intention première, ainsi qu'il nous en avertit dans son *Introduction*, avait été d'écrire l'histoire de l'hôpital St-Louis. Le projet était vaste ; sans y renoncer, l'auteur a cru devoir se restreindre à l'étude à travers les âges des affections teigneuses dont l'évolution scientifique s'est faite presque tout entière dans cet hôpital. Nous n'y perdrons donc rien, car St-Louis aura son histoire (1) et, dans tous les cas, celle de la teigne aura été complètement élucidée.

Nous croyons inutile de suivre M. Feulard, qui prend la question de très loin, dans la description et les diverses interprétations qu'il nous donne des affections teigneuses englobées d'abord dans un même chapitre de pathologie. Cette histoire, on le comprend, fort intéressante dans ses détails, parfaitement et minutieusement traités, se prêterait fort mal à l'analyse. Jusqu'à la période des découvertes micrographiques (1839-1852) brillamment inaugurée par Schœnlein et Gruby, il ne pouvait exister de classification reposant sur des bases solides. On ne peut tenir compte à ce sujet des frères Mahon, véritables empiriques, qui, s'ils guérissaient à l'aide d'une pommade dont ils refusèrent toujours de divulguer la composition, ne firent jamais preuve de notions scientifiques. A ce propos, M. Feulard a très bien établi que l'épilation à laquelle ils se livraient constituait tout le secret de leur méthode, ce que démontrèrent péremptoirement les recherches histologiques. L'auteur étudie avec le plus grand soin, et à l'aide d'un grand luxe de bibliographie, les diverses variétés de teignes, nous faisant assister à l'évolution des découvertes qui ont permis de fixer leur nature exacte, n'affirmant qu'à l'aide de preuves très convaincantes et réservant ainsi, jusqu'à un certain point, son opinion sur l'origine parasitaire encore controversée de la pelade. Non seulement les renseignements qu'il nous fournit sont du plus haut intérêt au point de vue de l'histoire et de la nosographie, mais encore l'hygiéniste et le démographe trouveront ample moisson à faire dans ce travail aussi original que consciencieux. En terminant, M. Feulard a fait œuvre charitable. On sait qu'à Paris le nombre des jeunes teigneux est encore relativement considérable. Naturellement, lorsque le médecin-inspecteur a constaté la teigne, il interdit à l'enfant l'entrée de l'école. Les parents, souvent peu fortunés, laissent vagabonder celui-ci qui est ainsi une source constante de contagion et qui ne tarde pas, en outre, à oublier les notions qu'il avait acquises sur les bancs de la classe. L'administration, de concert avec M. Lallier, avait songé à remédier à ce fâcheux état de choses en instituant à St-Louis et aux Enfants-Malades des cours spéciaux pour les teigneux. A l'époque où fut écrit le travail de M. Feulard, cette excellente idée commençait à peine à recevoir un semblant d'exécution. Aujourd'hui, les cours sont en pleine activité, ce qui nous permet de dire que l'auteur a parfaitement réussi au double point de vue historique et humanitaire qu'il s'était proposé (2).

II. Au mois d'août 1873, M. Gayraud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier était appelé à Quito par le Président de la République de l'Equateur, Garcia Moreno, pour y installer sur des bases nouvelles une Faculté de médecine qui n'existait véritablement alors que de nom. Peu de temps après, il s'adjoignait son ami le Dr Domec. L'installation de la nouvelle Faculté marchait à souhait, lorsque, le 6 août 1875, Garcia Moreno était assassiné. Tout fut bouleversé dans ce malheureux pays

(1) Dans l'un de nos rapports au Conseil municipal, nous avons donné un aperçu historique de cet hôpital, décrit sa situation actuelle : statistique, budget, plan, réformes, etc. (B.).

(2) La création d'une école et d'ateliers remonte à l'an XI. Cette organisation avait à peu près disparu ; c'est pour cela que nous avons proposé au Conseil municipal, qui l'a adopté, un vœu invitant l'Administration « à organiser une école pour l'instruction des enfants à l'hôpital Saint-Louis » ; 1881, n° 70. (B.)

qui allait devenir la proie de l'anarchie la plus complète, et le Dr Gayraud retournait en France, laissant à son collaborateur le soin de continuer, si possible, l'œuvre entreprise. Depuis, le Dr Domec a succombé à Quito même, et c'est pour obéir au suprême désir exprimé par son ami que le Dr Gayraud réunit aujourd'hui « en un seul faisceau les mémoires déjà parus et ceux élaborés en commun. »

L'ouvrage est fort intéressant: il nous donne sur la République de l'Equateur, sur les mœurs de ses habitants des détails précis, circonstanciés, tels qu'il n'en avait pas encore été fourni. Au point de vue médical, nous y trouvons une excellente étude sur la phtisie à Quito. On sait que cette ville est située à 3.000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Aujourd'hui que les stations de montagnes jouissent d'une certaine vogue dans le traitement de la tuberculose, on lira avec grand intérêt le chapitre consacré à l'influence préservatrice du climat de Quito. Nous signalerons en outre une très intéressante étude sur la lèpre qui existe encore dans cette ville, basée sur des preuves convaincantes de la contagiosité de cette terrible affection. A Quito, paraît-il, les chiens vaguent en liberté et la rage y est extrêmement rare ; le Dr Gayraud se livre à ce sujet à des considérations qui ont pour elles la réalité des faits, mais qui nous semblent difficiles à admettre. Enfin, entre autres choses, on trouve dans ce livre une étude très intéressante au point de vue social de la prostitution dans la capitale de l'Equateur.

L'ouvrage, que nous recommandons vivement à l'attention des lecteurs, se termine par un appendice renfermant un rapport médico-légal fort bien fait sur l'assassinat du Président Garcia Moreno. GILLES DE LA TOURETTE.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

Berlin, le 15 janvier 1887.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Le mois passé, il y a eu dans le monde médical de Berlin un mouvement scientifique d'une certaine importance et bien digne d'attirer l'intérêt des médecins.

1° En premier lieu, nous mentionnerons l'apparition de l'*Appareil électrique de Nitze*, servant à l'exploration de la vessie de l'homme. L'appareil n'est pas nouveau, mais a bénéficié de nombreux perfectionnements. Il n'a pas non plus réussi à éveiller l'attention qu'il mérite. Il est d'une grande exactitude, car il nous permet de diagnostiquer, sans le secours de l'endoscope, la plupart des affections vésicales. Il n'y a que quelques petits calculs, certaines tumeurs et quelques cas d'hématurie qui échappent à notre diagnostic avec cet appareil, mais les autres méthodes ne nous sont pas non plus d'un grand secours dans ces cas. C'est pourquoi Thompson a recommandé l'exploration digitale de la vessie par le périnée, pour faciliter le diagnostic. Mais il est hors de doute qu'il n'est pas toujours possible, une fois la vessie ouverte, d'arriver, par la boutonnière périnéale, à explorer toute la surface de la muqueuse vésicale. En second lieu, l'introduction d'un simple cathéter nous semble constituer une méthode plus prudente que l'opération de Thompson. Ce sont là les deux raisons principales qui font préférer la *cystoscopie*. M. R. BERGMANN a approuvé à la Société médicale de Berlin cette manière de voir, et a donné quelques détails sur une opération de tumeur vésicale, qui fut précédée d'une exploration avec le cystoscope de Nitze. L'orateur a fait ressortir combien il était commode, dans une opération aussi grave, d'avoir des données exactes sur le siège et le volume de la tumeur. Le choix du mode opératoire dépend essentiellement de ces constatations.

2.— M. BIDDER a donné une *méthode de traitement du furoncle* qui mérite d'être répandue. Il fait des injections d'acide phénique dans le parenchyme. Voici le procédé, si le furoncle est petit. Bidder injecte, une seule fois, quelques gouttes d'une solution à 2 0/0; s'il est moyen, on fera 2 injections avec chaque fois 1/2 à une seringue de Pravaz pleine: enfin, si le furoncle atteint la grandeur de la moitié de la paume ou celle de la paume de la main, Bidder fait à 4 endroits différents une injection avec 1/2 ou une seringue entière de Pravaz. On ne fait l'opération qu'une seule fois. La méthode présente des résultats extraordinaires. Les piqûres sont un peu douloureuses, mais bientôt se développe une anesthésie manifeste : le lendemain l'état général est redevenu bon. Les infiltrations inflammatoires disparaissent rapidement et déjà, au troisième ou quatrième jour, les points où on a fait les piqûres sont couvertes de granulations ; les plus gros furoncles guérissent en 8 à 10 jours. Les avantages de ce procédé sont une guérison prompte et sure, l'absence de cicatrices épaisses qui se développent souvent sur les plaies que laisse après elle la méthode de traitement par l'incision. Ce dernier point est surtout à considérer pour le visage. La grande efficacité de ces injections s'explique sans doute par le fait que par l'injection les cocci qui ont causé le développement du furoncle (Staphylococcus pyogenes aureus, albus) sont détruits, à moins que l'injection ne modifie le terrain de culture et empêche leur pullulation.

3. — Un *nouvel antipyrétique* est à l'ordre du jour. Le *Salol* découvert et isolé par Newki, a été essayé à la clinique de Leyden, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de quelques autres affections fébriles. M. HERRLICH a rendu compte des résultats obtenus. Le salol est un composé d'acide salicylique et de phénol. C'est une poudre blanche insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool et dans l'éther. Son action antiseptique est manifeste. Le développement des micro-organismes est entravé par le salol, qui pourrait remplacer probablement dans certains cas l'iodoforme, dont les inconvénients sont parfois assez grands. Dans l'organisme, le salol se décompose en acide salicylique et phénol ; les proportions sont 40 0/0 d'acide salicylique pour 60 0/0 de phénol. Cette réaction ne se manifeste que dans l'intestin, sous l'influence du suc pancréatique. La dose convenable est, d'après l'orateur, de 6 à 8 grammes par jour en poudre. Sahli avait déjà employé ce médicament dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, de névralgie rhumatismale, d'érythème noueux. Herrlich a donné des résultats se rapportant à 25 cas de rhumatisme articulaire aigu, 8 cas de fièvre typhoïde et quelques cas d'endocardite et de diphthérie. Les rhumatismes articulaires aigus s'améliorent visiblement par le salol ; mais le médicament ne réussit pas mieux que d'autres à empêcher les récidives et les complications cardiaques. Les rhumatismes articulaires atypiques ne sont pas sensiblement modifiés par le salol. Les typhiques supportèrent ce médicament beaucoup plus mal que les rhumatisants. On peut donc affirmer que le médicament est d'autant plus mal supporté que l'état général du malade est plus mauvais. Quelquefois on observa chez des typhiques très gravement atteints des troubles gastriques violents, tels que vomissements, sentiment de pression et de plénitude dans la région stomacale. C'est pourquoi il ne faut pas recommander le médicament dans la fièvre typhoïde, mais le considérer comme un adjuvant de l'action thérapeutique courante.

4.— M. LASSAR a ensuite donné d'intéressants détails sur la *régénération de la peau*. Il s'agissait pour cet opérateur de rendre aussi insignifiantes que possible les cicatrices laissées derrière elle par les petites opérations qu'on peut faire sur le visage. Jusqu'ici, on a recouru aux transplantations et aux greffes de Reverdin, mais leur résultat est incertain. L'orateur a eu, il y a quelques années, l'occasion de constater que la faculté de régénération de la peau prise dans son ensemble est plus grande qu'on ne le pense d'ordinaire. Un malade s'était fait avec de la potasse caustique deux plaies profondes. Lassar essaya, pour diminuer autant que possible la rétraction cicatricielle et diminuer la difformité, de donner à la peau qui entourait la plaie, l'occasion de croître, et il réussit à faire d'une plaie grande comme un thaler une petite cicatrice. Langenbeck avait déjà montré que sous la croûte formée par l'iodoforme, la cicatrisation se faisait très régulièrement. Cela tient à ce que, sous cette croûte, les granulations sont enrayées dans leur exubérance. On peut bien dire que la nature, au moyen de granulations, supplée à l'insuffisance formatrice du tissu normal qui entoure la plaie. Voici donc la méthode de Lassar:

Il enraye le processus cicatriciel en prenant toutes les précautions antiseptiques, ravive continuellement les bords de la peau normale en profondeur, ce qui provoque le développement incessant de nouvelles granulations : celles-ci sont attaquées et détruites an moyen d'une solution de 1 à 5 0/0 de nitrate d'argent, ou au moyen du crayon de nitrate non mitigé ou d'une petite cuiller tranchante. Le procédé est long, mais la cicatrice n'en est que plus insignifiante.

5.— Une maladie bien délaissée a été tirée de l'oubli par B. FRAENKEL. Il s'agit d'une névrose de l'organe de la phonation, qu'on peut comparer en tous points à la crampe des écrivains; l'orateur l'appelle *mogiphonie* (μογις, avec peine). Il y a ici aussi une forme spasmodique avec trémulation et une forme paralytique. Cette dernière surtout a été négligée dans la littérature médicale, mais elle n'est pas si rare qu'on le croit. Fraenkel a eu l'occasion d'examiner 6 malades (trois chanteuses, un chanteur, une institutrice et un prédicateur), atteints de cette affection et a ainsi acquis quelque expérience. Les cas se comportent tous de même, de sorte qu'une seule description suffit. Il s'agit d'une chanteuse ayant une fort belle voix et qui jusqu'ici était bien portante. Mais elle se plaint que tout à coup, depuis quelque temps, lorsqu'elle a un peu chanté, la voix disparait ; elle est alors incapable de continuer à chanter malgré tous ses efforts; à l'examen, tout est normal, le larynx est parfaitement régulier d'aspect. Si la malade chante, elle commence avec une belle voix de soprano, mais bientôt la voix devient faible pour disparaître enfin tout à fait. Tous les autres malades en sont là. Le prédicateur s'arrête de parler, au bout d'une demi-heure, parce que la voix s'éteint. Il n'y a là aucune simulation, car les malades ont un désir ardent de guérir et sont gênés dans l'exercice de leur profession par la maladiè. Il n'y a là ni neurasthénie, ni hystérie à admettre, car les patients n'étaient en rien des névropathes. La thérapeutique se borna jusqu'à ce jour à l'application des courants constants et interrompus. Cette pratique n'ayant pas donné de résultats à Fränkel, l'auteur a employé le massage, qui a donné de si bons résultats dans la crampe des écrivains. Il saisit le larynx latéralement et aussi loin que possible dans la profondeur, et effleure 40 à 50 fois de suite la peau du cou qui le couvre, dans le sens congitudinal et le sens vertical. Cette méthode lui a permis de guérir tout à fait un de ses malades. Mentionnons ici la discussion intéressante qui suivit cette communication. Le Pr Pobold déclara avoir obtenu des résultats fort satisfaisants avec le courant constant. Il faut employer l'électricité pendant 6 à 9 mois. Krause défend aux malades d'exercer pendant quelque temps leur profession et les oblige à parler tout doucement en ouvrant la bouche aussi peu que possible : cette méthode a aussi donné de bons résutats.

Veuillez agréer, etc., L. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

Le Secret médical ; par M. le Professeur BROUARDEL. (Librairie J. B. Baillière et Fils).

Le Secret médieal est le corollaire naturel de la pratique de la médecine. Tout malade doit être convaincu, lorsqu'il s'adresse à un médecin, de n'être considéré que comme un malade, sans aucune arrière-pensée, sans aucune défaillance de côté et d'autre. La question du Secret médical est complexe, par cela même qu'elle touche fréquemment à des intérêts privés et qu'elle est susceptible de soulever les problèmes sociaux les plus palpitants, les plus moraux, les plus lamentables. Les intérêts privés sont toujours respectables, mais l'intérêt général doit les dominer en toutes circonstances. Or, l'intérêt général exige impérieusement que le médecin prodigue ses soins à un malade qui se confie spontanément à lui, et ne révèle jamais ce qu'il a appris dans l'exercice de sa clientèle. Cet absolutisme du secret médical, a soulevé bien des fois et soulèvera encore des tempêtes. Cela se conçoit aisément si l'on songe aux effets bienfaisants d'une dénonciation faite à temps pour prévenir l'envahissement de la syphilis dans une nouvelle famille, par exemple. Cette dénonciation certes rendrait des services à quelques individualités, mais engendrerait des conséquences autrement graves par cela même que les malades, excités à la méfiance, seraient naturellement entraînés à négliger leurs affections lorsqu'elles auraient un caractère vénérien. Et s'il en était ainsi pour une maladie, pourquoi n'en serait-il pas de même pour toutes celles qui sont réputées contagieuses ou héréditaires. Où ne s'arrêterait-on pas ? ou plutôt, quelle serait notre limite de démarcation entre le permis et le défendu ? L'excès en toutes choses est nuisible, et les règles absolues comportent des reproches solennels. Cela est assurément vrai, mais en médecine, il vaut mieux pécher par un excès de silence que par un excès de paroles et le secret doit être regardé comme un dogme. Depuis le jour où M. le Professeur Brouardel a occupé la chaire de médecine légale à la Faculté de Paris, cette science est entrée dans une nouvelle voie de pratique et de contrôle, dont les résultats ne sont plus à discuter. Les conférences de la Morgue inaugurées et poursuivies avec un succès bien légitime, avaient pour but de familiariser les étudiants et les médecins avec toutes les difficultés que comportent les autopsies et les enquêtes judiciaires. A ce propos, aussi bien dans ses conférences de la Morgue qu'à son cours de la Faculté, M. le Professeur Brouardel avait-il le soin de préciser et de définir le Secret médical, dans ses rapports les plus étroits non seulement avec la médecine légale, mais avec la médecine en général. Le livre qu'il publie aujourd'hui ne pouvait émaner d'une plume plus autorisée ; il enseigne au monde médical ce qu'il importe à sa dignité morale de proclamer et d'adopter, c'est-à-dire le Secret quand même. — Ce Secret est reconnu dès la plus haute antiquité, non seulement pour tout ce qui a été dit, confié, mais aussi pour tout ce qui a été vu, découvert ou compris. Le livre de M. Brouardel comprend cinq chapîtres, dans lesquels toutes les difficultés inhérentes au Secret médical sont étudiées, aplanies et résolues ; c'est un livre d'autant plus précieux pour le médecin qu'il lui livre presque toutes les ressources à l'aide desquelles il pourra toujours concilier ses devoirs avec les exigences courantes de la vie judiciaire ou administrative. Le secret obligatoire, que l'arrêt récemment rendu contre un honorable confrère, le Dr Watelet, a remis en honneur, est subordonné à un arrêt de la Cour de Cassation, du 18 décembre 1885 : « Le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire. » Le secret de nos clients est tellement le nôtre qu'ils ignorent souvent ou son existence ou son étendue. Les caractères propres à ce secret se réduisent à trois éléments principaux, essentiels : 1° La nature de la maladie, les affections vénériennes, appelées honteuses ou secrètes, toutes les maladies réputées héréditaires. Pour les autres maladies épidémiques, telles que la variole, la scarlatine, le choléra, etc , la révélation de leur nom ne constitue pas la violation d'un secret. Nous pouvons être tenus de les dénoncer aux pouvoirs publics, dans des cas particuliers, et nous pouvons également, avec l'assentiment des familles, utilement avertir leurs amis ou parents que leur domicile est interdit à toute personne dont la présence est superflue auprès des malades. Il faut cependant restreindre ces confidences au minimum utile pour que, dans d'autres circonstances, notre silence ne soit pas interprété d'une façon défavorable si nous refusons de déclarer le nom de l'affection. 2° L'avenir, le pronostic de la maladie, constitue le second élément du secret. 3° Il est des circonstances de fait qui sont un secret d'une maladie qui, sans les conditions étrangères à celle-ci, pourrait être librement divulgué. Une blessure par un coup d'épée, dans un duel, une mort subite survenue dans une maison mal famée, rentrent dans cette catégorie de faits..... Mais encore une fois, si nous voulons que notre silence ne soit jamais interprété d'une façon défavorable, il faut que, même pour les maladies qui n'ont rien de secret, nous observions le silence (mariage, assurances sur la vie, dépositions en justice). Ce sont là des règles d'intérêt général social, elles ne peuvent fléchir quand notre intérêt propre ou l'intérêt particulier semblent nous y exciter. Le livre de M. Brouardel a causé, dès son apparition, un vif émoi dans toutes les classes de la société. Les journalistes politiques l'ont violemment commenté, surtout à l'occasion de notre conduite au moment du mariage, lorsqu'un des conjoints est atteint de la syphilis ou d'une maladie réputée héréditaire. Nous ne reviendrons pas sur tout ce que nous avons dit dans cette courte analyse, mais

ce que nous ne saurions assez reconnaître, c'est l'influence morale que le livre de M. Brouardel va donner au Corps médical en levant toutes ses hésitations lorsqu'il se trouvera aux prises avec sa conscience : « nul n'est assez sûr de lui-même, dit M. Bruno-Lacombe, pour mettre sa conscience à la place de la loi. » Albert JOSIAS.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1634. 21 Aoust.— Tandis que les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu faisaient leur enquête sur les désordres de la maison, les chanoines de l'église de Paris ne restaient pas inactifs. Il reste encore à l'Assistance publique un procès-verbal faict à l'Hostel-Dieu de Paris par M. Anthoine de Vertamont, archidiacre ; de Josas, et François Ladvocat, Chambier, chanoines de l'église de Paris sur les plaintes faictes au Chapitre de quelques désordres et divisions qui sont audit Hostel-Dieu entre le vicaire et religieux, religieuses dudit Hospital, ledit vicaire dudit Chapitre estant à présent M. Nicolas Lesecq et ayant esté à ce requis lesdits sieurs par les vénérables doyen et Chapitre de ladite Eglise par conclusion cappitulaire du vendredy 18e aoust 1634. Ou liste des religieuses qui ont esté oyes et interrogées par lesdicts sieurs de Vertamont et Ladvocat, appelées par voyes de scrutain le mardy 21 aoust 1634.

Ce procès-verbal n'étant qu'à l'état de brouillon, nous ne le reproduirons pas textuellement, il serait illisible. Nous nous contenterons seulement d'en donner les extraits les plus importants. Les dépositions de cinquante-cinq religieuses furent reçues par les chanoines.

1° Sœur Denise X... a déclaré que M. de La Cour l'avoit apelé fol.

2° Sœur Guilitio tout pour le maistre (au spirituel, le sieur Lesecq) contre M. B. P. et l'appoticairerye.

3° Sœur Isabelle Morang, dito pour le maistre.

4° Sœur Jeanne Vignard, toutte contre le maistre et la Communauté. Elle, compte l'argent de la porte avec M. Pelletier.

5° Sœur Catherine Creanne a bien parlé du maistre, modestement du reste

6° Sœur Isabelle Dumont a parlé advantageusement du maistre, a dit que les religieuses et religieux devisoient des cancants et chansons, que la Prieure a apelé le maistre fol et aussy un des gouverneurs, le preudroit par le collet et le menneroit aux petites maisons, dont plusieurs religieuses se sont scandalisées.

7° Sœur Barbe Rezé, de la Communauté, a parlé bien du maistre et modestement du reste.

8° Sœur Marie des Noyers parle fort bien du maistre, se plaint de l'appoticairye, du mesnage qui s'y fait entre sœur Nicole Durant, et sœur Marye Denore et frère Pet B.

9° Sœur Genevièfve Vallée a fort parlé à l'advantage du maistre patient, a enduré qu'on l'a appelé fol, parlé fort pour la Communauté, mesnage de l'appothicairerye et des festins.

10° Sœur Marie Abist a parlé advantageusement du maistre, disant qu'on l'appelle « diable incarné », a dit que M. Perrot (1) a fait tirer sa viande du pot et peser, elle est fort chétive, ce qui n'a jamais esté faict aux autres. Elle parle fort au désavantage de la mère prieure, soubz-prieure, mesnage de l'appothicairerie.

11° Sœur Marie Casole parle à peu près dans les mêmes termes.

12° La sœur Marie Potier parle fort contre le maistre et ses rigueurs.

13° Louise Meslin a assez modestement parlé du maistre.

14° Jeanne Chéron se plaint fort du maistre qui ne lui a jamais parlé.

15° Marie Biet parle modestement de luy.

16° Marie Lamouche a dict que le maistre a dict que celles qui ne sont de la Communauté sont damnées.

17° Anne Joly parle fort bien du maistre et dit que le scandale est arrivé chez M. de Lacourt.

18° Marie Loré parle bien du maistre. Elle se plaint du rapport aux administrateurs, des accouchées, des festins, des chambres des chirurgiens avec la sage-femme, des collations. M. de Lacourt l'a appelée fol et menacé luy même (le maistre) des Petites-Maisons, par le collet.

19° Marie Nicade a bien parlé du maistre, a dit que M. de Lacourt l'avoit en pleine salle apelé fol.

20° Marie Launay est pour le maistre.

21° Jeanne Perin parle pour lui, modestement du reste.

22° Anne Roland parl de même.

(1) Administrateur de l'Hotel-Dieu.

23° Jehanne Labbé fait de pompeux éloges du maistre, mais attaque vertément la mère prieure, dénonce quelques religieuses et surtout les cuisinières qui vendent le jus.

24° Claude Cordier parle bien du maistre et modestement du reste, mais elle n'a jamais pu pardonner à la mère prieure qui un jour avait appelé le maistre fol.

25° Catherine Valsort parle modestement du maistre, mal de la prieure, de la sage-femme, et de M. de Lacourt qui a commandé aux officiers de ne pas obéir au maistre ; elle se plaint aussi des religieuses de l'appoticquairerye (le mesnage de l'appoticquairerye) liguées contre lui.

26° Catherine Marchant a dict que la Communauté n'est à propos, se plaint fort de la sage-femme qui donne des présents aux cuisinières.

27° Sœur Jehanne Pyon parle bien du maistre et se répand en imprécations contre les membres du Bureau.

28° Louise Ferrière dit à peu près la même chose.

29° Genevièfve Bocquet parle pour les uns ou pour les autres ; elle est bonne fille.

30° Sœur Isabelle de Verdun insinue des choses malveillantes contre le chirurgien nommé Nicolas avec la sage-femme ; elle parle fort contre plusieurs.

31° Sœur Nicole Chartier, déifie le maistre et méprise les autres avec véhémence.

32° Sœur Barbe Manselle dit fort peu de choses.

33° Marie Gamelin a dict que la Communauté est cause du trouble. *Le maître est dans le dortoir jusques à neuf heures*, ledict maistre a faict faire mespris de Messieurs les gouverneurs.

34° Sœur Marie Caselle, lavandière, a fort parlé contre le maître, a dict que plusieurs foys *il a esté trouvé avec sœur Claude Talement à plus de neuf heures sonnées.*

35° Jacquette Vignard est une enthousiaste de maistre Lesecq. Elle en a contre tous les gens de la maison, elle voit des ennemis du maître partout, sœurs, cuisinières qui vendent la viande, chapelains qui traitent le sieur Lesecq d'âne, tous ces gens-là, elle les dénoncera au Bureau, et elle leur dira tout !

36° Marie Colin n'est pas de l'avis de cette dernière ; elle se plaint du maître.

37° Marie Gougon, idem.

38° Anthoinette Papelard va plus loin : elle l'appelle indigne de sa charge, pour n'avoir jamais gouverné personne, et le menace du Parlement.

39° La timide sœur Lison Brimont parle modestement du maître et est partisante toutefois du noviciat.

40° Germaine Dervart parle modestement du maître et trouve que c'est une bonne personne.

41° Charlotte de Montagu a dict que la Communauté est cause que les malades ne sont assistez.

42° Jehanne Petit élève le maître aux nues, dit que les gouverneurs le persécutent, se plaint de toute la maison.

43° Jullienne Duval se plainct fort du maistre *qui lui a montré le poing ;* qu'il l'empescheroit bien de mettre les malades dehors (bouches inutiles), se plainct des novices et de leurs responces.

44° Barbe Brossart parle arrogamment de tous ceux de la maison, de la sage-femme et de Nicolas (le chirurgien cité plus haut), de M. de Lacourt, qui a appelé le maître fol et menacé de l'*encoffrer*, et a dict des merveilles du maitre et de sa capacité

45° Nicole Durant se plainct au contraire du maître, de toutes les nouveautés, de son incapacité du gouvernement des filles.

45° Denise Marchant se plaint du frère de l'appoticquairerye qui tient mal ses livres, de M. de Lacourt qui a appelé Lesecq fol et menacé des Petites-Maisons.

46° Catherine Lefebre a dit que le maître qu'elle cognoissoit avant qu'il fut à l'Hotel-Dieu était du mieux. Elle se plaint d'une sœur qui ne peut vivre en paix.

47° Claude Lallemant, maîtresse des novices, se plaint d'une novice noble ; elle loue le maître qui ne va au dortoir que le samedi pour exhorter les sœurs dont plusieurs méritent toutes sortes de plaintes.

48° Catherine Vallée parle fort contre le maître, de ce qu'il reporte tout à ses parents.

49° Mathurine de la Marche fait les plus grands éloges du maître.

50° Claude Romoye parle fort contre luy, qu'*il a l'espée et le feu à la main, que les malades ne furent jamais sy mal sollicitez par la négligence des Sœurs et contre ses mauvais entretiens avec des religieuses, leur parlant de ses amours du temps de deux filles à la salle du Légat.*

51° Marguerite Doucette a dict que le maistre est trop sévère.

52° Philippe Mode a parlé modestement de luy, disant que *les pauvres ne sont affectez qu'à cause de l'imprudence des jeunes religieuses qui ne songent qu'à deviser.*

53° Jehanne Sanglier n'a trop rien osé dire et a parlé modestement du tout.

54° La soubz-prieure a dit que le maitre a de bonnes partyes, qu'il manque de douceur contre les serviteurs Il a de petites querelles avec les gouverneurs. Il l'a divertye d'aller au Bureau... Il faut tascher à rapprocher le maistre avec les gouverneurs. Il ne veut cedder ny saccomoder.

55° Enfin la mère prieure se plainct des jeunes envers le service des malades. Le maistre fait ce qu'il peut, mais se mesle de trop de choses; il veut empescher de parler aux parens et est trop sévère. *Il va trop souvent au dortoir avec la mère des novices;* enfin elle ajoute qu'il y a trois ou 4 novices fort fascheuses de l'esprit. (Liasse 875.)

Tel est le résumé de cet intéressant procès-verbal. Avec toutes les dépositions précédentes et suivantes, on se fait une idée des scandales qui régnaient alors dans l'Hôtel-Dieu de Paris.

Banquet offert à M. le Professeur Gariel.

La fatale nouvelle de la mort de M. Béclard est malheureusement venue assombrir cette soirée qui promettait d'être tout entière consacrée à la joie. La réunion avait lieu mercredi, à sept heures, chez Lemardelay; elle était composée de médecins, d'ingénieurs et de membres de l'Association française pour l'avancement des sciences. Le banquet était bien organisé, les orateurs bien en voix, les amis très nombreux : tout aurait été pour le mieux si le deuil causé par la perte du sympathique doyen n'avait jeté sa note triste au milieu de tous ces préparatifs de gaîté. M. l'inspecteur général Gavarret a traduit en termes émus, au commencement de son discours, les regrets de tout le corps médical en présence de cette mort si douloureuse et si brusque. Puis il a fait un solide éloge des qualités de M. Gariel auquel la Faculté vient de confier la chaire de physique. M. Gavarret a ajouté qu'après le concours d'agrégation de 1869 il avait pressenti qu'il se choisissait un successeur, et un digne successeur, en accordant son suffrage à M. Gariel. M. Philippe a pris ensuite la parole au nom de l'Ecole des ponts et chaussées. Il a fort spirituellement dit de très excellentes choses. Avec son émotion habituelle, M. Rochard a raconté les services rendus par le nouveau professeur à cette grande œuvre patriotique qui s'appelle l'Association française pour l'Avancement des sciences. A ce tribut de reconnaissance a succédé d'abord celui de la Société de médecine publique, très élégamment présenté par M. H. Napias, puis celui des élèves du laboratoire de physique de la Faculté qui avaient confié à M. Mergier le soin de parler en leur nom. Pour recueillir des éloges d'origines si diverses, il a fallu faire preuve d'une activité extraordinaire. Un des camarades de promotion de M. Gariel a raconté en effet ce qu'était déjà à l'Ecole le travailleur opiniâtre dont on fête à présent le succès. Après avoir exprimé sa reconnaissance à la famille, à ses amis et à ses élèves, M. Gariel a déclaré que le secret de sa grande activité consiste dans sa résistance au sommeil : il lui suffit de trois heures de repos chaque nuit pour reprendre toutes ses forces. Il n'est pas étonnant qu'avec un tel moyen le nouveau professeur ne songe d'ores et déjà à accomplir vaillamment sa tâche à la Faculté ; les modifications qu'il se propose d'apporter à l'enseignement de la physique demandent en effet beaucoup d'énergie et d'activité.

La Faculté de médecine était représentée par M. le professeur Damaschino et par un grand nombre d'agrégés, MM. Blanchard, Budin, Guébhard, Joffroy, Hallopeau, Le Dentu, Pouchet, Pozzi, Quinquaud, Schwartz, Terrillon, Tillaux, Troisier, etc. Nous ne pouvons que féliciter M. le Dr Philbert de l'organisation de cette réunion : nous avons rarement rencontré un organisateur aussi aimable, aussi habile et aussi gai.

Ecole d'Infirmières de Saint-Louis.

Un grand meeting a eu lieu dans le Mémorial Hall et a montré l'intérêt que les citoyens de Saint-Louis portent à l'Ecole des Infirmières. C'était la première réunion ; quatre élèves reçurent des diplômes. La présidente Mme Fulsifer, en donnant les diplômes, a prononcé le discours suivant qui contient l'exposé des devoirs des infirmières et que nous résumons ici. « Nous vous rappelons, dit elle en s'adressant aux infirmières, que la réputation de cette Ecole dépend surtout de vous. Les médecins et les malades décideront en votre faveur selon que vous ferez votre devoir bien ou mal. Votre premier devoir est envers le médecin. Vous lui devez une obéissance prompte, loyale et intelligente. Il y a beaucoup d'excuse pour l'ignorance, aucune pour la désobéissance. Les efforts du plus habile des médecins peuvent être contrariés par l'insouciance de l'infirmière. Ne discutez jamais les traitements devant les malades et les amis. La loyauté de l'infirmière envers le médecin comprend l'encouragement de la confiance du malade en lui. Il ne saurait y avoir aucune rivalité ni conflit entre le travail du médecin et celui de l'infirmière. Les soins à donner aux malades est un champ assez vaste pour vos études, ne vous mêlez pas de diagnostic ni de traitement : ce ne serait que de la charlatanerie. Cultivez votre esprit et vos manières, tout ce qui en vous perfectionnera les qualités de la femme perfectionnera les qualités de l'infirmière. Souvenez-vous toujours que plus on sait, plus on est modeste. N'attendez pas après la gratitude et l'estime, sans eux apprenez à faire votre devoir loyalement. Soyez surtout discrètes. Ne parlez jamais de votre expérience ni de vos affaires ni surtout des affaires personnelles de ceux chez qui vous avez pu exercer votre profession. Des commérages de cette sorte sont impardonnables.

Soyez franches et honnêtes. Si vous avez oublié d'exécuter quelque ordre et si vous vous êtes trompées en les exécutant, avouez votre erreur ou votre oubli. Des fautes peuvent être pardonnées et corrigées dans l'avenir, mais l'oubli d'en faire l'aveu est impardonnable.

Ayez des manières modestes et prenez un soin scrupuleux de votre tenue personnelle. Soignez votre santé. Si vous voulez faire un bon service, il vous faut une bonne santé. Je vous rappelle maintenant qu'il y a des circonstances où vous devez faire abnégation de vous-mêmes et ne songer qu'aux malades qui sont confiés à vos soins. »

C'était la première installation d'infirmière à Saint-Louis. Déjà une des quatre diplomées a été forcée de prendre le poste d'infirmière en chef de l'hôpital protestant. Nous souhaitons un vif succès à l'Ecole d'infirmières de Saint Louis (*The Weekly Medical Review*, Saint-Louis, 1er mai 1886, page 437.)

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Farabeuf, Rémy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Trélat, Guyon, Budin ; — 2e *Série* : MM. Charcot Lannelongue, Segond; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Rendu.

MARDI 15. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Le Fort, Duplay, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Panas, Tarnier, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Cornil, Quinquaud.

MERCREDI 16. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Farabeuf, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Terrillon ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

JEUDI 17. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Lefort, Duplay, Humbert. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. G. Sée, Peter, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Brouardel, Proust, Hanot.

VENDREDI 18. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Damaschino, A. Robin.

SAMEDI 19. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Tarnier, Dieulafoy, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Brouardel, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Hotel-Dieu, 1re *Série*) : MM. Panas, Cornil, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Proust, Pinard.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M Florand. Sclérose amyotrophique. — M. Condoléon. Amyotrophie tabétique. — *Jeudi* 17, — M. Thore. Déchirures de la vulve. — M. Rouhaud. Des lésions du placenta dans l'albuminurie. — *Vendredi* 18. — M. Hartmann. Cystites douloureuses. — M. Dezac-Dereccq. De l'Epithelioma primitif de l'amygdale. — *Samedi* 19. — M. Blond. De la transsonance pulmonaire. Sa valeur diagnostique dans la tuberculose au début. — M. Cardot. Du rhumatisme aux eaux thermales de Luxeuil.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1886, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	22	20	4	46
2e	18	29	6	53
3e	23	35	8	66
4e	35	37	11	83
5e	28	45	16	89
6e	11	19	4	34
7e	22	29	6	47
8e	5	15	3	23
9e	10	29	4	43
10e	22	32	8	62
11e	69	105	43	217
12e	32	42	11	85
13e	31	53	21	105
14e	48	67	29	144
15e	29	67	34	130
16e	10	19	8	37
17e	38	66	17	121
18e	49	87	42	178
19e	28	52	23	103
20e	69	99	46	214
	599	937	344	1880

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	128	Affect. cérébrales, Paralysies. . . .	64
Croup	41	Eclampsie. Convuls.	69
Coqueluche. . . .	11	Névralgies	51
Corps étrangers de l'œsophage . . .	4	Névroses.	74
— de l'oreille.	1	Epilepsie.	29
Otite.	1	Aliénation mentale.	7
B		Alcoolisme. Delirium tremens. .	19
Asthme	48	Chorée.	2
Affections du cœur.	67	Tétanos	»
Bronchites aiguës et chroniques. . .	115	**F**	
Pleuro-pneumonie.	95	Rhumatisme . . .	25
Congestion pulmonaire	18	Affections éruptives	53
C		Fièvre intermitt. .	4
Affections et troubles gastro-intestinaux	129	Fièvre typhoïde. .	39
Cholérine.	39	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	70
Dysenterie	4	**G**	
Athrepsie et choléra infantile. . .	17	Plaies. Contusions.	94
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	62	Fractures. Luxations. Entorses .	39
Hernie étranglée .	15	Brûlures	9
Rétention d'urine .	23	Empoisonnements .	13
Orchite	4	Asphyxie par le charbon	11
D		— submersion.	3
Métrite. Métro-péritonite	45	Suicide	4
Métrorrhagie . . .	38	**H**	
Fausse-couche . .	51	Mort à l'arrivée du médecin	51
Accouc. Délivrance	180		
Accouc. non terminé	28	Total. . . .	1880

La moyenne des visites par nuit est de 20 43/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18 47/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 18 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1885 . .		1.700
—	— 1886. . .	1.880
Différence en plus .		180

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1886.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre. . . .	709	1.004	299	2.012
2e Trimestre. . . .	533	799	268	1.600
3e Trimestre. . . .	684	1.011	366	2.061
4e Trimestre. . . .	599	937	344	1.880
	2.525	3.751	1.277	7.553

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit.
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année. 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, 9.895 visites de nuit.
1884. 9e année, 8.712 visites de nuit.
1885. 10e année, 7.494 visites de nuit.
1886. 11e année, 7.553 visites de nuit.

Le service est assuré par 608 médecins et 356 sages-femmes. Il fonctionne de 10 h. du soir à 7 h. du matin, depuis le 1er octobre jusqu'au 31 mars et de 11 h. du soir à 6 h. du matin depuis le 1er avril jusqu'au 30 septembre.

NÉCROLOGIE

Mort de M. le Pr J. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

M. J. BÉCLARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a succombé mercredi 9 février, à 3 heures, à la suite d'une très courte maladie, à l'âge de 69 ans.

Fils d'un savant, d'un professeur fort apprécié, qui fut à la fois anatomiste et professeur de physiologie, M. J. Béclard suivit avec succès les traces de son père, Pierre-Augustin Béclard, dont il publia en 1851 l'une des dernières œuvres, les *Eléments d'anatomie générale*. Encouragé par l'exemple paternel, il se livra tout entier aux études scientifiques ; s'il ne fut pas un physiologiste de la valeur de Cl. Bernard, il n'en a pas moins été un homme d'une érudition incontestée, un brillant professeur, aussi remarquable par son talent d'exposition et la netteté de sa diction que par l'agrément de son style.

Jules-Auguste BÉCLARD est né à Paris le 17 décembre 1818 ; il y commença ses études médicales et se fit nommer bientôt interne à l'Asile de Charenton, où il passa trois années. En 1842, il soutint sa thèse de doctorat. Au concours d'agrégation de 1844, il fut reçu agrégé d'anatomie et de physiologie le premier de sa promotion. Il fut élu membre de l'Académie de médecine en 1862 (section d'anatomie et de physiologie) et nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine, le 15 mars 1872, à la mort de Longuet, et enfin secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine en 1874. En 1881, il succéda à M. Vulpian comme doyen de la Faculté. De nouveau réélu doyen en 1886, il a toujours rempli ces fonctions avec le plus grand tact et la plus extrême bienveillance. On sait qu'il était très aimé des étudiants pour son affabilité envers les jeunes élèves lors des examens. C'était un homme honnête et bon, s'efforçant de concilier les intérêts de tous.

M. Béclard a joué un certain rôle en politique. Elu conseiller général de la Seine en octobre 1871, il fut candidat au Sénat en 1876. Il est vrai qu'il échoua au Sénat, comme à la Chambre des députés l'année suivante. Il a été membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, président de l'Association des médecins de la Seine, membre du Conseil de perfectionnement des Ecoles vétérinaires, etc., etc.

Son principal ouvrage est un grand *Traité de Physiologie humaine*, arrivé à sa septième édition (la première date de 1855), résumé d'un enseignement de quinze années. Il n'a peut-être qu'un seul défaut, celui de ne pas toujours être au courant de la science moderne. Nous citerons encore : *Du système cartilagineux* (1864) ; — *Hygiène de la première enfance* (1852) ; — *De la contraction musculaire dans ses rapports avec la température animale ; — Influence de la température sur le développement comparé des systèmes organiques ; — Fonctions de la rate ; — Influence de la lumière sur le développement des animaux ; — Mémoires sur de Blainville, G. Saint-Hilaire*, etc.

M. Béclard a traduit, avec M. le Dr Marc Sée, le traité de Kölliker : *Eléments d'histologie humaine*. Mentionnons encore les *Eloges* qu'il prononçait à l'Académie de médecine dans ses séances publiques annuelles ; on se souvient de celui de Bernard, sa dernière œuvre, auquel il avait apporté tous ses soins. Il a collaboré activement au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ; certains de ses articles sont des modèles du genre. Il a collaboré autrefois à la *Gazette hebd. de Médecine*. M. B.

M. Karl Schrœder.

M. Karl Schrœder, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Berlin, vient de succomber après une courte maladie ; il n'était âgé que de 49 ans. D'abord professeur à Erlangen, Schrœder a publié des études remarquables sur la *grossesse*, l'*accouchement* et les *suites de couches*, puis un *Traité d'obstétrique* concis mais très clair qui est arrivé rapidement à sa 9me édition. On lui doit également un *Traité de gynécologie* qui n'est pas moins estimé.

A la mort d'Ed. Martin, Schrœder âgé de 38 ans, fut appelé à occuper la première chaire de l'Allemagne. Il obtint l'établissement d'une magnifique clinique pour l'enseignement de l'obstétrique et de la gynécologie, clinique qui fut installée sur ses plans. Schrœder était un habile opérateur, surtout pour les laparotomies et toutes les opérations de gynécologie, il s'attachait à faire simplement, avec le moins d'instruments possible, et il obtenait de beaux résultats. C'était aussi un opérateur honnête qui n'intervenait jamais sans qu'il y eût une indication bien précise.

Schrœder avait su grouper autour de lui beaucoup d'élèves qui, sous son impulsion, ont publié, dans ces dix dernières années, de nombreux et remarquables travaux. Sa mort va donc créer un grand vide dans le monde scientifique. P. B.

M. Ludwig Bandl.

L'Autriche vient également de perdre un de ses gynécologues les plus éminents, Ludwig Bandl, dont les mémoires sur les *ruptures de l'utérus* et sur le *col utérin*, ont été le point de départ de nombreuses recherches dans ces dernières années. Il avait encore publié des études sur les *Fistules vésico-utérines* et sur la *Guérison des fistules urétro-vaginales*; son dernier travail avait été le fascicule de Billroth relatif aux *Maladies des trompes et du tissu cellulaire pelvien*, on y retrouve toutes les qualités originales de cet excellent observateur. Bandl n'avait que 44 ans et il venait d'être appelé à la chaire d'obstétrique et de gynécologie de Prague. P. B.

FORMULES

VI. traitement de la phtisie pulmonaire par les injections intra-pulmonaires de teinture d'iode.

Le Dr Reverley Robinson a présenté à la Société des praticiens de New-York un cas de phtisie pulmonaire, avec une large cavité au sommet droit, traitée par des injections intra-pulmonaires de teinture diluée d'iode de Churchill et par des inhalations de créozote.

Observation. — Charles O..., admis le 27 septembre 1886, 26 ans, célibataire, Suédois, graveur. Malade à l'hôpital du 18 décembre 1885 au 18 janvier 1886 de phthisie, il s'était amélioré. Après sa sortie de l'hôpital, il resta bien portant jusqu'en juin, époque à laquelle la toux et l'expectoration recommencèrent. Il y a deux mois, il a eu 2 hémoptysies, l'une le soir, l'autre le lendemain matin, la quantité de sang perdue était considérable. Depuis il a été de mal en pis, perdant l'appétit, la force et maigrissant. A son entrée l'examen révéla l'existence d'une large caverne à droite et en avant ; en arrière les signes de la caverne n'étaient pas si bien marqués. A gauche, en avant et en arrière, signes d'induration et de vieille pleurésie — 29 sept. Teinture d'iode, créozote ; acide phénique, alcool. — 30 sept. Injection dans la caverne avec une solution de teinture d'iode de Churchill. — 31 sept. Toux améliorée depuis l'injection. — 9 octobre. Seconde injection, la toux ayant augmenté de nouveau. — 10 oct. Amélioration dans la toux. — 17 oct. Troisième injection, amélioration. — 21 oct. Quatrième injection. — 22 oct. Toux améliorée. — 26 oct. (Pour sueurs nocturnes). — 31 oct.

2 novembre. Cinquième injection. — 3 nov. Quelques améliorations dans la toux depuis la dernière injection. On a remarqué que l'expectoration avait diminuée après l'usage des injections. — 6 novembre 1886. Le malade a été présenté devant la Société. En présence des membres, on a fait la sixième injection dans le second espace intercostal droit. Immédiatement après l'injection, il y a eu une légère hémoptysie, en partie expliquée par la chaleur de la salle et l'excitation émotive du malade, quoique l'injection elle-même en soit sans doute la cause efficiente immédiate. A la suite de ces injections le malade souffre de ses douleurs de la poitrine qui sont légèrement augmentées et d'une toux plus fréquente pendant plusieurs heures (*The medical Record*, 20 novembre 1886).

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sonde intra-utérine du docteur Doléris, modifiée par Gudendag.

La modification nouvelle de la sonde dilatatrice à irrigation intra-utérine est véritablement très avantageuse et réalise un désideratum que l'auteur avait déjà signalé et essayé de combler. La vis latérale fixée sur un nouveau mobile permet : 1e d'écarter à volonté les deux branches ; 2o de porter cet écartement aussi près de l'orifice utérine que l'on le désire. Le robinet fixé sur l'olive qui termine l'instrument ferme et ouvre le courant à volonté.

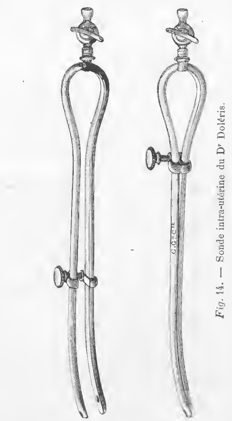


Fig. 14. — Sonde intra-utérine du Dr Doléris.

Pour la pratique obstétricale aussi bien la pratique gynécologique, la sonde dilatatrice de Doléris donne des résultats excellents et est d'un maniement très aisé. Elle se trouve chez Clasen, Gudendag et Cie, rue de l'Odéon.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 30 janvier 1887 au samedi 5 février 1887, les naissances ont été au nombre de 1294, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 467 ; illégitimes, 177. Total, 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 445 ; illégitimes, 205. Total, 650.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 janvier 1887 au samedi 5 février 1887, les décès ont été au nombre de 1160, savoir : 613 hommes et 547 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8. T. 16. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 21, F. 21. T. 42. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 7, F. 6. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 13, T. 34. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 143, F. 72. T. 215. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 10. T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4, — Tumeurs malignes : M. 11, F. 21. T. 32. — Méningite simple : M. 20, F. 18. T. 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 18. T. 50. — Paralysie : M. 2, F. 3 T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 9, F. 2. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 42. T. 68. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 18 T. 40. — Bronchite chronique : M. 25, F. 41. T. 66. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 17. T. 28. — Pneumonie M. 39, F. 36. T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 17. T. 38. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 15. T. 32. — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 8. T. 12. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de con-

formation : M. 19, F. 10, T. 29. — Sénilité : M. 9, F. 30. T. 39. — Suicide : M. 11, F. 2. T. 13. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6. T. 13. — Autres causes de mort : M. 102. F. 96. T. 197. — Causes restées inconnues : M 9 F. 7. T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 22. Total : 62, — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 11. Total : 33.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1887, est déclarée vacante la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LEFÈVRE (Ch.), externe des hôpitaux, est nommé aide du laboratoire de clinique des maladies mentales à ladite Faculté, en remplacement de M. Boyé, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — La chaire de chimie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.— Un congé, du 18 janvier au 15 mars 1887, est accordé, sans traitement, à M. Assaky, agrégé près ladite Faculté, chargé d'un cours d'anatomie et chef des travaux anatomiques. — M. Demon, agrégé près ladite Faculté, est chargé, à ladite Faculté, jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie et en outre, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le conseil de la Faculté a arrêté ainsi qu'il suit les listes de présentation pour les chaires déclarées vacantes. 1° Clinique médicale : en première ligne, M. Spillmann ; en deuxième ligne : M. Emile Demange ; 2° Clinique obstétricale : En première ligne : M. Alphonse Herrgott ; en deuxième ligne : M. Remy.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Par arrêté ministériel, en date du 3 février 1887, un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1887, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS.— M. Lenoël, professeur d'accouchements, à ladite Ecole, est maintenu, pour 3 ans, dans les fonctions de directeur.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. OUILLIÉ (A.) est nommé préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Draghi, démissionnaire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 1er août 1887, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques de ladite Ecole. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLES D'INFIRMIÈRES.— Les principales écoles dans les Etats de New-York et Pensylvanie, d'après les renseignements recueillis par *The N. Y. Medical Journal* (1886, p. 476), sont les suivantes : 1° Ecole de *Bellevue Hospital* ; — 2° E. de *Charity Hospital* ; — 3° E. de *New-York Hospital* ; — 4° E. du *Mont Sinai* ; — 5° de l'hôpital général, à Buffalo ; — 6° E. de *Long Island College Hospital* à Brooklyn ; — 7° E. de Brooklyn ; — 8° E. pour la maternité de Brooklyn et l'Etat de New-York à Brooklyn : — 9° E. de *Woomens Hospital* à Philadelphie ; — 10° E. de l'hopital de Philadelphie ; — 11° E. annexée à l'hôpital de la Charité, fixé à Philadelphie.

MUSÉUM. — M. le Pr Edouard Bureau commencera son cours de botanique (classifications et familles naturelles), le samedi 12 février 1887, à midi et demi, et le continuera tous les samedis, à la même heure, dans le grand amphithéâtre. Il traitera des plantes fossiles phanérogames et de leurs affinités dans la flore actuelle. Après les vacances de Paques, aux leçons précédentes se joindront des leçons pratiques dans lesquelles le professeur fera étudier, sur des échantillons vivants, les familles principales de plantes Dicotylédones Ces leçons pratiques auront lieu le mardi, à midi et demi, et le samedi, à une heure et demie, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63. Elles commenceront le lundi 3 mai. L'enseignement sera complété par des herborisations.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC. — *Prix à décerner* : Parmi les questions que la Société contre l'abus du tabac met au concours, voici les termes de celles qui intéressent les médecins : N° I. *Prix de 600 francs* ; Un prix de 600 *francs*, dont une médaille d'or de la valeur de 100 fr. est offert par M. le Dr Depierris à l'*étudiant en médecine*, à quelque école *française* qu'il appartienne, qui fera le meilleur mémoire sur cette question : « La cachexie nicotique : ses symptômes, sa marche, ses effets, démontrés par au moins huit observations cliniques, recueillies, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile ou militaire. » Le travail demandé peut être une thèse pour le doctorat, mais ce n'est pas une obligation; tous les élèves, quelle que soit leur ancienneté d'étude, pouvant prendre part au concours. S'il y a lieu, des médailles honorifiques seront accordées aux auteurs des mémoires qui, sans obtenir le prix de 600 francs, auront néanmoins une valeur scientifique digne de fixer l'attention. Le concours sera clos le 31 décembre 1887. — N° 2. *Prix des gens de lettres* : Un prix de *mille francs*, dont une médaille d'or de cent francs, offert par M. le Dr Depierris, à l'auteur du travail le plus méritant sur la question suivante : « Des effets du tabac sur la santé des gens de lettres. De son influence sur l'avenir de la littérature française. » Le concours sera clos le 31 décembre 1888. — N° 3, *Prix de médecine* : Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.). d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac. Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 francs environ et une médaille de vermeil. Les mémoires pourront être rédigés en Français, en allemand, en anglais, en italien ou en espagnol. Le concours sera clos le 31 décembre 1887. Le programme détaillé des conditions du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 38, rue Jacob, Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — *Séance du lundi 14 février* 1887 (à 4 heures très précises) au Palais de Justice, dans la Salle des Référés. *Ordre du jour*. I. Rapport de la Commission chargée d'étudier la question du viol dans l'hypnotisme. — II Questions diverses.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le Dr BERTRAND, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf, décédé ces jours derniers à l'âge de cinquante-deux ans. — M. le Dr SNYERS (de Liège), décédé à l'âge de soixante-quatre ans. — M. le Dr THUILLIER (de Blain). — M. le Dr ZIT, privat-docent à l'Université de Prague (faculté tchèque de médecine). — M. le Dr ROUSSEAUX (de Noisiel).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HÔTEL-DIEU. — *Médecins*. M. G. SÉE : Visite à 8 1/2. Consultation le mardi. Leçons cliniques les lundis, mercredis et vendredis. — M. EMPIS : Visite à 7 h. 1/2 ; consultation le lundi. — M. N. . : Visite à 9 h. 1/2 ; consultation le jeudi ; clinique gynécologique le mardi et le samedi à 9 heures. Jeudi, examen au spéculum — M. MESNET : Visite à 9 heures ; consultation le vendredi. — M. BUCQUOY : Visite à 8 heures ; consultation le samedi. — M. DUMONTPALLIER : Consultation le mercredi. — *Chirurgiens*. M. RICHET. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis, samedis à 10 heures, suppléé actuellement par M. Reclus, agrégé. — M. PANAS : Visite à 9 heures. Consultation tous les jours (*maladies des yeux*). Leçons cliniques, les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. — M. TILLAUX : Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis. Leçons de clinique chirurgicale, les lundi, mercredi et vendredi à 10 heures.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Médecins*. M. POTAIN. Consultation le mercredi à 9 h 1/2. Leçon clinique le mardi et le samedi. Leçons au lit du malade. — M. FÉRÉOL : Consultation le mardi. Spéculum le vendredi Visite à 8 1/2. — M. LABOULBÈNE : Consultation le lundi. Visite à 8 heures. — M. DESNOS : Visite à 9 h. 1/4. Consultation le jeudi. — M. LUYS : Consultation le samedi. Visite à 9 heures Leçon clinique sur les maladies nerveuses, le jeudi. — M. BLACHEZ. Consultation le vendredi. — *Chirurgiens*. M. TRÉLAT. Visite à 10 heures. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis. M. DESPRÉS : Visite à 9 heures. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. Mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations ; jeudi, au spéculum ; samedi, examen à l'ophthalmoscope. — *Accoucheur*. M. BUDIN : Visite à 9 heures. Consultations obstétricales tous les jours à 9 h. 1/2. Il faut être muni de cartes délivrées par le chef de service pour entrer dans les salles.

HÔPITAL DE LOURCINE et HÔPITAL TEMPORAIRE PASCAL. — M. le Dr POZZI continuera ses leçons de gynécologie et clinique opératoire les mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. Mardi, visite des malades au spéculum, jeudi et samedi, leçons théoriques, mercredi, vendredi, opérations.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 FÉVRIER 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

HôPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX.— **M. A. PITRES.**

Effets de l'électrisation statique sur quelques phénomènes hystériques ;

Par M. BLANC-FONTENILLE.

Nous nous proposons d'étudier, dans le présent travail, les modifications apportées, par l'électrisation statique, à certains accidents hystériques, particulièrement à l'*anesthésie, à l'amyosthénie, aux contractures et aux zônes spasmogènes et hypnogènes.*

Nos recherches ont été faites à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, sur huit hystériques du service de M. le Pr Pitres, avec une machine de Voss dont le volant était tourné par un aide.

Nos malades étaient placées par groupe de 3 ou 4 sur un tabouret isolant, à pieds en verre, et étaient mises en communication avec un des pôles de la machine électrique au moyen d'une chaîne revêtue de caoutchouc. L'autre pôle était en communication avec le sol.

La durée des séances d'électrisation a toujours été de 15 à 40 minutes. Pendant tout ce temps nos malades étaient à l'état de veille (sauf dans les cas que nous spécifierons plus loin) et jamais aucune suggestion susceptible de modifier ou de compliquer les résultats de l'électrisation n'est intervenue.

Du reste, plusieurs fois, sans que les malades puissent s'en apercevoir, nous avons intentionnellement supprimé la communication électrique entre la machine et le tabouret isolant et nous avons constaté que, dans ces conditions, l'électrisation simulée n'avait aucun des effets de l'électrisation réelle. Aussi croyons-nous pouvoir éliminer l'hypothèse qui attribuerait à l'influence de l'imagination ou à des phénomènes d'auto-suggestion les différents résultats que nous allons exposer.

I. — *Effets de l'électrisation statique sur l'anesthésie hystérique.* — Au point de vue des modifications produites par l'électrisation sur l'anesthésie, nos malades se divisent en trois groupes.

a) *Chez certaines malades, anesthésiques totales ou hémi-anesthésiques, l'électrisation a rendu rapidement aux parties insensibles des téguments leur sensibilité normale.*

Exemples :

OBSERVATION I. — Albertine M..., est à l'état ordinaire anesthésique de tout le côté gauche du corps. Nous la soumettons le 24 avril 1885 à une séance d'électrisation statique d'un quart d'heure. Avant de la faire monter sur le tabouret isolant, nous explorons soigneusement l'état de sa sensibilité et nous constatons qu'elle est abolie dans tout le côté gauche. Aucune suggestion n'intervient ; nous ne mettons pas la malade à l'état hypnotique avant l'électrisation.

Au bout d'un quart d'heure, la sensibilité est revenue sur tout le corps ; elle est égale des deux côtés, sans que l'on puisse apprécier d'une façon notable si un côté sent plus vivement que l'autre.

Le 27 avril 1885, Albertine qui était enchantée du résultat obtenu l'avant-veille, revient nous trouver, car de nouveau elle est redevenue hémi-anesthésique gauche, depuis la veille, nous dit-elle. L'exploration de sa sensibilité nous fait en effet reconnaître que, tant à l'état de veille qu'à l'état hypnotique, l'hémi-anesthésie est complète. Soumise de nouveau à l'électrisation, au bout de dix minutes environ, nous constatons que la sensibilité est revenue sur tout le corps ; cependant, nous continuons pendant une demi-heure l'électrisation.

Le 29 avril 1885, la sensibilité persiste encore du côté gauche, toutefois elle est un peu affaiblie ; mais la malade sent très bien les piqûres profondes ; nous l'électrisons de nouveau pendant un quart d'heure et nous constatons que la sensibilité est parfaitement revenue, égale des deux côtés du corps.

Le 1er mai 1885, la sensibilité n'a pas varié. Ce jour-là, nous électrisons Albertine pendant un quart d'heure. Le 6 mai 1885, la sensibilité persiste toujours, bien que la malade n'ait pas été électrisée depuis le 1er mai ; mais elle est légèrement affaiblie à gauche. Le 8 mai, l'électrisation fait revenir à nouveau la sensibilité qu'une attaque convulsive provoquée avait fait disparaître la veille. Enfin, la malade quitte l'hôpital le 10 mai 1885, étant encore sensible à gauche, bien que un peu plus faiblement qu'à droite.

OBS. II. — Pauline T... est, à l'état normal, anesthésique de tout le côté gauche ; un quart d'heure d'électrisation statique, le 24 avril 1885, la rend également sensible de tout le corps. Le 27 avril suivant, l'hémi-anesthésie a reparu. Nous électrisons de nouveau la malade et nous obtenons rapidement le même résultat que le 24. Le surlendemain matin, l'hémi-anesthésie a reparu.

D'après ces deux exemples, il est facile de voir que l'électrisation statique rend très rapidement la sensibilité à certaines malades, mais que ce retour n'est que de peu de durée. Peut-être qu'à la suite d'un grand nombre de séances, le retour de sensibilité deviendrait plus stable, c'est ce qu'il ne nous a pas été permis de constater.

b) *Chez quelques malades, l'électrisation statique a été suivie d'un retour lent et progressif de la sensibilité, après plusieurs séances d'électrisation.*

Deux exemples feront encore parfaitement comprendre ce dont il s'agit.

OBS. III. — Amélie H..., hystérique, depuis longtemps en traitement dans le service, est anesthésique de tout le corps. Elle est très difficilement hypnotisable et n'accepte pas les suggestions.

Elle n'a jamais été soumise à l'électrisation statique. Pour la première fois, le 29 avril 1885, nous la faisons monter sur le tabouret isolant, au bout d'un quart d'heure d'électrisation, nous constatons que la sensibilité est revenue dans toute la moitié droite du corps à un faible degré, il est vrai ; mais la malade qui, auparavant, ne sentait pas les piqûres les plus profondes commence à éprouver une certaine douleur. Après une nouvelle séance d'électrisation, le 1er mai suivant, la sensibilité persiste dans tout le côté droit du corps et Amélie sent parfaitement les piqûres les plus superficielles et perçoit les plus légers contacts : insensibilité absolue de toute l'autre moitié du corps. Le 6 mai, rien n'est changé dans l'état de la sensibilité de notre malade. Soumise de nouveau à l'électrisation, après 20 minutes environ, nous remarquons que le champ de la sensibilité s'est étendu à gauche de 4 cent. à peu près sur le tronc à partir de la ligne médiane, et cela d'une manière égale sur la face antérieure et postérieure du corps de la malade ; elle a gagné en outre une partie de la face et de la nuque, toute la main et le pied.

Le 8 mai, nouvel accroissement du champ de la sensibilité qui s'étend à peu près de 2 cent. de plus sur le tronc, envahit

le reste de la face et de la nuque, moins l'oreille, et gagne la moitié inférieure de l'avant-bras et de la jambe. Le 12 mai, après 35 minutes d'électrisation, la sensibilité s'étend de 3 cent. de plus sur le tronc, envahit l'oreille, ce qui fait que la tête est complètement sensible et gagne en outre tout l'avant-bras et les 3/4 inférieurs du bras ainsi que toute la jambe et les 3/4 inférieurs de la cuisse.

Après chaque électrisation, nous avons soin de marquer au nitrate d'argent les nouveaux progrès de la sensibilité afin de nous rendre compte aussi exactement que possible de leur étendue à la suite de chaque séance.

Du 12 mai au 11 juin, la malade ayant été presque constamment en proie à des accidents hystériques que nous n'avons pas à décrire ici, ne fut point électrisée. Quoi qu'il en soit, la sensibilité ne s'affaiblit point et son étendue resta la même. Après une nouvelle séance le 11 juin, son étendue augmenta de 2 cent. environ sur le tronc et gagna le reste du bras et de la cuisse. Depuis lors, de nouveaux accidents hystériques empêchèrent qu'on l'électrisât jusqu'au 1er juillet 1885. Ce jour-là, nous constatons que la sensibilité est restée telle qu'elle était après l'électrisation du 11 juin et soumise à vingt-cinq minutes environ d'électrisation statique, la sensibilité gagne encore une étendue de 2 cent. de plus sur le tronc et envahit à peu près

Schéma n° 1. — Les parties noires indiquent le siège de l'anesthésie.

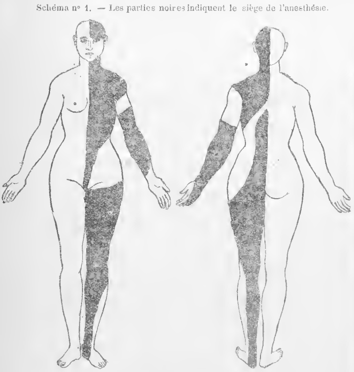


Fig. 15. — ...ne H...

toute l'épaule et la hanche. Depuis lors, la malade ne fut point électrisée et, cependant, sa sensibilité persiste. Le 5 septembre 1885, nous constatons que, bien que depuis plus de deux mois elle n'ait été soumise à aucun traitement électrique, le champ de la sensibilité n'a pas varié et que celle-ci ne s'est point émoussée, la malade percevait les plus légers contacts.

Cependant, durant toute cette période, la malade fut en proie aux accidents hystériques les plus variés et eut journellement plusieurs attaques convulsives.

Depuis lors, la malade a quitté l'hôpital et nous ne savons pas quel est l'état actuel de sa sensibilité. Nous ne doutons pas que si l'électrisation statique eut été continuée, cette petite zone du tronc qui restait encore anesthésique ne fût devenue sensible et que cette sensibilité peu à peu revenue ne fût fixée pour longtemps, pour ne pas dire pour toujours.

Le schéma n° 1 représente la sensibilité de la malade telle qu'elle était à la suite de la dernière électrisation. Toutes les parties teintes en noir sont anesthésiques. La description qui précède explique comment la malade totalement anesthésique est peu à peu redevenue sensible, sauf dans la petite zone qui reste indiquée en noir et que nous n'avons pas eu le temps de faire disparaître par une plus longue durée du traitement électrique.

Ce retour progressif de la sensibilité ne présente pas toujours les mêmes caractères et n'est pas non plus, pour ainsi dire, gradué d'une façon aussi régulière que dans la précédente observation. Tel est l'exemple suivant :

Obs. IV. — Jeanne M... est hémi-anesthésique gauche; du 20 avril au 8 mai 1885 elle fut électrisée tous les deux jours, sans que cela produisit aucun effet sur l'état de sa sensibilité.

Le 8 mai, nous constatons que la sensibilité est revenue sur le côté gauche du corps en différents points, dont le schéma n° 2 rend mieux compte que toute description. (Les points restés anesthésiques sont indiqués en noir).

Du 8 mai au 19 juin 1885, entre chaque séance d'électrisation, la sensibilité disparaît et revient telle qu'elle était le 8 mai dès que l'on a électrisé la malade.

A partir du 19 juin, la sensibilité persiste.

N'ayant pas été électrisée du 22 juin au 3 juillet 1885, nous trouvons que la sensibilité n'a pas varié. Elle ne varie pas non plus du 3 juillet au 13 juillet; ce jour-là, après une séance de

Schéma n° 2. — Les parties noires indiquent le siège de l'anesthésie.

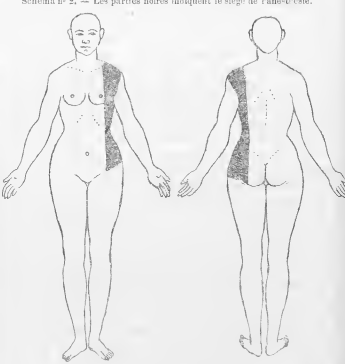


Fig. 16. — Jeanne M...

quarante minutes d'électrisation, nous constatons que l'hémianesthésie a complètement disparu ; la malade sent parfaitement et également sur toutes les parties du corps. Huit jours après la sensibilité de la malade, qui n'avait pas été électrisée à nouveau, ne présentait aucune modification. Jeanne a depuis lors quitté l'hôpital.

Ajoutons que les phénomènes sont exactement les mêmes à l'état hypnotique qu'à l'état de veille. (Nous venons de revoir la malade le 1er décembre 1886, et, pendant cette durée de plus d'un an, sa sensibilité n'a pas varié, elle est restée telle qu'elle était à la suite de l'électrisation du 13 juillet 1885, c'est-à-dire complète et normale.)

c *Dans quelques cas, enfin, l'électrisation statique n'a produit aucun effet sur l'anesthésie hystérique.* Tels sont les exemples de Paule C..., hémi-anesthésique droite, et de Marie-Louise F..., anesthésique totale, qui ont été très régulièrement électrisées pendant 4 mois, de 2 à 3 fois par semaine, sans que cela modifiât en rien leur anesthésie.

En résumé, il résulte de ce que nous avons constaté que l'électrisation statique produit tantôt un retour rapide et total de la sensibilité, mais retour peu stable et de courte durée ; d'autres fois un retour progressif de la sensibilité qui paraît devoir durer longtemps. Enfin dans d'autres cas, l'électrisation statique ne modifie en rien l'anesthésie.

II. — *Effets de l'électrisation statique sur l'état des forces.*— L'électrisation statique nous a donné différents résultats intéressants, ayant trait aux modifications apportées à l'état des forces de nos malades.

On peut diviser en trois groupes bien distincts ces différents résultats.

a) Nous avons obtenu la disparition de l'hémi-amyosthénie chez toutes les malades qui présentaient nettement ce phénomène.

Voici deux exemples appartenant à ce premier groupe de faits :

Obs. V. — Albertine M..., le 27 avril 1885, donne avant l'électrisation 35 kilos avec la main droite et 12 avec la main gauche. Après l'électrisation Elle donne 36 kilos à la main droite et 37 avec la main gauche ; par conséquent augmentation de 25 kilos au bénéfice du membre supérieur gauche et disparition de l'amyosthénie.

Obs. VI. — Paule C..., le 29 avril 1885, donne avant l'électrisation une pression équivalente à 13 kilos pour la main droite et 24 kilos pour la main gauche. Après l'électrisation elle donne 26 pour la main droite et 25 pour la gauche, l'amyosthénie a disparu et il y a une augmentation de force de 12 kilos au bénéfice du membre supérieur droit.

Les tableaux ci-joints permettent d'embrasser d'un seul coup d'œil les effets produits par l'électrisation statique chez nos malades. Les forces ont été prises au dynamomètre Mathieu. Du reste peu importe l'instrument, la comparaison seule est intéressante et probante. Comme nous le voyons dans le tableau n° I chez Albertine M . et Paule C., après chaque séance d'électrisation statique il y a disparition de l'amyosthénie et l'on peut dire que, bien qu'entre chaque séance cette amyosthénie revienne, elle tend cependant chaque fois à s'atténuer pour cesser à peu près complètement au bout d'un certain nombre de séances électriques. Ainsi nous voyons Albertine M. qui, le 24 avril 1885, nous donne avec sa main gauche 12 kilos (ces chiffres étant toujours pris avant l'électrisation). Le 27 avril, 15 kilos ; le 29 avril, 17 kilos ; le 6 mai, 21 kilos ; le 8 mai, 29 kilos. D'après ces chiffres il est facile de se rendre compte que l'amyosthénie disparaît peu à peu.

Chez Paule C. la main droite donne, le 27 avril 1885, 9 kilos ; le 8 mai, 14 kilos ; le 11 juin, 17 kilos ; le 3 juillet, 20 kilos ; le 22 juillet, 25 kilos. Bien que le retour était moins rapide chez cette malade que chez Albertine M., il n'en est pas moins évident que l'amyosthénie a progressivement disparu. Du reste la constitution de cette dernière malade ne saurait être comparée à celle d'Albertine. En effet, d'un tempérament maladif et ayant toujours eu une vie sédentaire elle ne saurait avoir la même force qu'Albertine M..., habituée aux rudes travaux des champs.

b) Il est des malades qui, bien que ne présentant pas de véritable hémi-amyosthénie, ont cependant une diminution notable des forces dans un ou plusieurs membres. *L'électrisation statique a toujours, dans ces cas là, relevé les forces d'une façon notable pouvant s'exprimer non comme dans le groupe précédent par 20 ou 25 kilos, mais par 5 ou 10 kilogrammes.* Comme exemple de ces faits nous donnons le tableau n° 2 dressé d'après les résultats obtenus chez Marie Louise F... et Emilie M...

Albertine M...

Etat des forces avant l'électrisation.

	1		2		3		4		5	
	24 avril.		27 avril.		29 avril.		6 mai.		8 mai.	
	V (2)	H (3)	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D. [1]	35	35	37	35	38	37	37	38	38	38
M. S. G.	12	16	15	46	17	19	21	24	29	28
M. I. D.	11	12	13	12	13	13	18	19	17	19
M. I. G.	7	8	9	9	9	10	16	16	17	18

Etat des forces après l'électrisation.

	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D.	36	36	40	38	38	39	39	39	38	39
M. S. G.	37	36	38	38	39	39	38	39	38	37
M. I. D.	14	14	14	14	21	22	23	24	25	25
M. I. G.	13	14	14	15	20	19	22	22	24	24

Paule C...

Etat des forces avant l'électrisation.

	1		2		3		4		5	
	27 avril.		8 mai.		11 juin.		3 juillet.		22 juillet.	
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D.	9	8	14	16	17	18	20	20	25	24
M. S. G.	18	18	23	22	23	22	24	25	23	23
M. I. D.	10	10	16	17	17	17	22	22	24	24
M. I. G.	14	12	17	17	18	19	21	22	23	22

Etat des forces après l'électrisation.

	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D.	19	18	22	21	24	25	27	27	28	29
M. S. G.	20	19	26	27	27	26	29	30	27	28
M. I. D.	17	17	19	19	21	20	24	23	26	26
M. I. G.	16	16	21	20	22	22	23	24	25	26

Tableau N° 1.

D'après ce tableau, nous voyons que Marie Louise F... a acquis progressivement une force beaucoup plus considérable à la suite de son traitement électrique. Ainsi, le 27 avril 1885, l'état de ses forces était le suivant : M. S. D. = 26, M. S. G. = 22, M. I. D. = 8, M. I. G. = 8 et le 22 juillet 1885, après avoir suivi assez régulièrement le traitement électrique, nous constatons l'augmentation suivante qui s'est du reste faite progressivement. M. S. D. = 44 ; M. S. G. = 43 ; M. I. D. = 32 ; M. I. G. = 30.

Il en est de même pour Emilie M. dont les forces,

(1) M. P. D. veut dire membre supérieur droit. — M. S. G. membre supérieur gauche. — M. I D. membre inférieur droit — M. I. G. membre inférieur gauche.

(2) V. veut dire à l'état de veille ou état normal.

(3) H. veut dire état hypnotique ou cataleptique.

dans le même laps de temps, ont augmenté d'une façon à peu près égale.

c) Enfin il est d'autres malades chez lesquelles l'électrisation statique reste sans effet notable, au point de vue de l'augmentation des forces, bien que cependant il y ait presque toujours un léger accroissement. Il est à remarquer que chez ces malades l'état des forces est normal ou à peu près normal. Jeanne M., par exemple, a une moyenne de 35 kilos pour les membres supérieurs et de 30 pour les membres inférieurs. Amélie H. une moyenne de 37 kilos pour les membres supérieurs et de 28 pour les membres inférieurs. D'après la constitution de ces malades, c'est tout ce que l'on peut attendre d'elles comme force. Par conséquent, puisque l'affaiblissement n'existe pas, l'électrisation ne peut pas avoir d'influence ou n'en peut avoir qu'une très légère, de 1 à 2 kilos au plus. C'est ce que nous avons toujours constaté.

Tableau N° 2.

Marie-Louise F...

Etat des forces avant l'électrisation.	1		2		3		4		5	
	27 avril.		8 mai.		11 juin.		1er juillet.		22 juillet	
	V (2)	H (3)	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D. (1).	26	27	29	30	32	31	35	36	39	40
M. S. G.	22	23	28	28	31	30	34	35	38	40
M. I. D.	8	13	16	17	21	20	23	24	29	30
M. I. G.	8	11	18	19	20	21	25	24	30	31
Etat des forces après l'électrisation.	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D.	38	37	40	41	39	40	41	42	44	43
M. S. G.	28	29	36	35	38	37	40	40	43	44
M. I. D.	24	25	27	26	27	26	29	30	32	31
M. I. G.	17	19	23	24	25	25	28	29	30	32

Emilie M..

Etat des forces avant l'électrisation.	1		2		3		4		5	
	3 mai.		11 juin.		26 juin.		1er juillet		22 juillet.	
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D.	29	30	31	32	35	36	37	36	39	42
M. S. G.	28	28	32	31	34	32	36	37	41	40
M. I. G.	22	21	22	20	25	21	26	26	29	31
M. I. D.	20	20	21	21	24	25	25	24	30	30
Etat des forces après l'électrisation.	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
M. S. D.	36	35	37	36	39	37	40	41	44	45
M. S. G.	33	33	36	37	38	39	39	38	41	41
M. I. G.	26	27	28	29	29	28	29	30	32	32
M. I. D.	27	27	29	27	30	27	28	28	29	30

(1) M. S. D. veut dire membre supérieur droit. — M. S. G. membre supérieur gauche. — M. I. D. membre inférieur droit. — M. I. G. membre inférieur gauche.

(2) V. veut dire à l'état de veille ou état normal.

(3) H. veut dire état hypnotique ou cataleptique.

III. — *Influence de l'électrisation statique sur les différentes zônes hystérogènes.* — L'électrisation statique a toujours été, chez toutes les malades que nous avons soumises à son influence, sans effet sur les zones hypnogènes et léthargogènes. Ces zônes agissaient de la même façon et avec la même énergie après l'électrisation qu'à l'état normal. Mais il n'en est pas de même pour les zones spasmogènes qui, presque toujours, ont été profondément modifiées sous l'influence de l'électrisation statique. D'ordinaire, les zones spasmogènes disparaissent complètement, ou bien perdent de leur activité.

Obs. VII. — Pauline T..., dont toutes les zones spasmogènes sont cutanées est au bout de 20 minutes d'électrisation statique complètement débarrassée de toutes ces zones. En effet, on peut impunément piquer, pincer, comprimer ou frapper fortement la peau sur laquelle ces zones siégeaient auparavant sans que la malade en ressente le moindre effet. Tandis qu'avant, le plus léger attouchement suffisait pour déterminer une attaque convulsive.

Obs. VIII. — Jeanne M..., est au bout de plusieurs séances d'électrisation débarrassée de toutes ses zones spasmogènes qui progressivement ont disparu.

Obs. IX. — Marie-Louise F... est débarrassée au bout d'une séance de ses zones spasmogènes, sauf une seule, celle de l'ovaire gauche, que nous ne pouvons faire complètement disparaître qu'au bout de cinq séances d'électrisation.

Obs. X. — Paule C..., n'a jamais pu malgré de nombreuses séances d'électrisation successives, être débarrassée de ses zones spasmogènes; mais leur activité est devenue beaucoup moindre et il faut une pression très énergique pour déterminer l'attaque convulsive.

En somme, d'après ce qui précède, on voit que l'électrisation statique a sur les zones spasmogènes une influence bien marquée et que, quand elle ne les fait pas complètement disparaître elle affaiblit du moins notablement leur activité. Malheureusement la durée de cette disparition n'est pas très longue; elle varie entre quelques heures et 18 jours d'après nos observations, et si une nouvelle électrisation n'est pas pratiquée, les zones reprennent leur activité première au bout de ce laps de temps.

IV. — *Effet de l'électrisation statique sur les contractures provoquées.* — Nous ne dirons que quelques mots de l'influence de l'électrisation sur les contractures. L'électrisation statique affaiblit la diathèse de contracture et la fait quelquefois disparaître. Au bout de 5 à 10 minutes d'électrisation, il est impossible de produire la contracture chez certaines malades, quel que soit le système que l'on emploie.

Chez d'autres, cette contracture se produit toujours, mais au lieu de persister comme à l'ordinaire, elle se dissipe presque aussitôt. Si nous provoquons chez nos malades une contracture d'un membre quelconque et que nous la soumettions ensuite à l'électrisation statique, au bout de peu d'instants (une à trois minutes), cette contracture disparaît et ne revient pas quand on cesse l'électrisation. Chez plusieurs de nos malades nous avons obtenu, par ce traitement, la guérison de contractures spontanées survenues à la suite d'attaques convulsives; mais, cependant, nous n'avons jamais guéri ainsi des contractures persistantes et remontant à une époque éloignée. Souvent, il arrive que pendant la demi-heure ou l'heure qui suit l'électrisation statique, il est impossible de provoquer des contractures chez les malades qui ont été soumises à cette influence, mais

jamais nous n'avons vu disparaître pour un laps de temps plus long cette aptitude spéciale de certaines de nos malades.

Les contractures provoquées à l'état hypnotique disparaissent également sous l'influence de l'électrisation statique. Si nous provoquons, par exemple, une contracture à l'état hypnotique chez une de nos malades et si nous éveillons cette dernière sans avoir fait cesser la contracture, celle-ci persiste. Soumise alors à l'influence de l'électrisation statique, la contracture disparaît assez rapidement (au bout de 2 à 5 minutes) et ne reparaît plus.

Nous n'avons pas fait d'expériences sur la disparition des contractures pendant l'état hypnotique, parce que, comme nous l'expliquons dans le paragraphe suivant, nos malades ne peuvent pas supporter l'électrisation statique quand elles sont dans le sommeil hypnotique.

V. — *Effets de l'électrisation statique pendant l'état hypnotique.* — Tout ce que nous venons de dire au sujet de l'électrisation statique se rapporte à l'état de veille. La constatation des forces de nos malades à l'état hypnotique n'a été faite que lorsque ces dernières n'étaient plus sous l'influence de la tension électrique, c'est-à-dire lorsqu'elles étaient descendues du tabouret isolant. Autant à l'état de veille, toutes nos malades ont toujours bien accepté l'électrisation statique, quelle que fût sa durée, autant il était impossible de les faire rester sur le tabouret isolant à l'état hypnotique.

Dès le début de l'électrisation, elles s'agitaient et commençaient des attaques convulsives. Ainsi, si nous endormions une de nos malades, ou si elle s'endormait spontanément pendant qu'elle était sous cette influence, aussitôt elle nous suppliait de la réveiller, nous disant que quelque chose d'indéfinissable lui passait par tout le corps et qu'elle sentait venir rapidement une crise convulsive. Si nous ne faisions cesser cet état, presque aussitôt, en effet, éclatait une attaque convulsive. L'effet que nous venons de décrire était tellement vif, que chez presque toutes nos malades la suggestion elle-même était impuissante à en triompher.

Comme nous l'avons déjà dit, l'électrisation statique ne fait pas disparaître les zones hypnogènes et ne modifie en rien les différents phénomènes qui se produisent pendant l'état hypnotique.

Il en est de même pour les zones léthargogènes et la léthargie qui n'est en rien modifiée par cette influence.

VI. — *Effets généraux de l'électrisation statique.* — Outre tout ce que nous venons de dire au sujet des modifications apportées par l'électrisation statique sur la sensibilité, la force et la disparition des zones spasmogènes de nos malades, leur état général lui-même était notablement modifié après les séances d'électrisation.

La fréquence des attaques convulsives était beaucoup moindre, l'appétit était relevé, les digestions plus faciles, le caractère lui-même était notablement changé et nos malades étaient plus gaies ; toutes étaient unanimes à reconnaître que ce mode de traitement leur faisait le plus grand bien et elles ne voulaient à aucun prix manquer une seule séance d'électrisation. En résumé, sans vouloir faire de l'électrisation statique la panacée de tous les accidents de l'hystérie, nous croyons conformément aux idées développées par MM. Charcot, Vigouroux, etc., et en nous basant sur les faits que nous venons d'énumérer dans le cours de ce travail, qu'on peut l'employer avantageusement comme un moyen curatif ou tout au moins comme palliatif de quelques-uns des symptômes hystériques.

PATHOLOGIE EXTERNE

L'infiltration urineuse : mécanisme, anatomie pathologique, symptômes, pronostic et traitement ;

Par le Dr Henri PICARD.

Pour que l'infiltration d'urine se produise, il faut que l'urèthre soit rompu par l'urine, faisant effort pour passer au travers d'un rétrécissement trop étroit.

L'infiltration urineuse consécutive à un traumatisme se compliquant d'épanchement sanguin se présentant avec des caractères spéciaux ; nous la laisserons de côté, ne nous occupant que de celle qui complique les rétrécissements.

Pour en comprendre le *mécanisme*, d'ailleurs fort simple, il *faut* considérer le rétrécissement, la vessie, la partie de l'urèthre qui les joint l'un à l'autre. Un *rétrécissement* confirmé devient d'autant plus étroit qu'il est plus ancien, parce que le tissu fibreux qui le constitue s'organisant chaque jour davantage, se serre de plus en plus et atrophie le tissu normal de l'urèthre qu'il fait disparaître. De son côté, la *vessie* rencontrant, pour expulser l'urine, un obstacle dont la résistance augmente tous les jours, se contracte avec d'autant plus d'énergie qu'elle éprouve plus de difficulté à le surmonter ; d'où résulte une hypertrophie de sa couche musculaire proportionnelle à l'étroitesse de la stricture. Mais, chose facile à comprendre, la portion de l'urèthre qui réunit la puissance qui résiste, c'est-à-dire le rétrécissement, à celle qui fait effort, la vessie subit l'influence de ces deux forces opposées. Sa paroi inférieure se dilate sous la pression du flot urinaire, d'où les poches urineuses, et s'enflamme ensuite, comme on va le voir. En effet, après chaque miction, une petite quantité d'urine reste derrière le point rétréci ; la preuve, c'est que quelques minutes après avoir remis la verge dans son pantalon, le malade se sent mouillé par le liquide qui en sort. Or, cette urine stagnante s'altère, desquame la muqueuse qui tapisse la poche et l'enflamme. Sous l'influence de cette inflammation, cette muqueuse se ramollit, devient velvétique, fongueuse, et, par suite, friable et très facile à déchirer. Que les choses étant à ce point, le malade se livre à un excès quelconque, qu'il subisse un refroidissement, qu'il reste simplement longtemps assis, le rétrécissement va, pour ainsi dire, se boucher par suite d'un gonflement, suivant les uns, d'un spasme, suivant les autres, peut-être d'un simple bouchon épithélio-purulent. L'urine ne pouvant, dès lors, sortir que goutte à goutte, quelquefois même pas du tout, le malade se livre à des efforts d'autant plus énergiques qu'il est plus jeune, plus vigoureux, et doté d'une vessie plus hypertrophiée. Si, sous l'influence de la pression, le rétrécissement s'entr'ouvre, l'urine s'écoule et le malade est guéri. Dans le cas contraire, c'est la partie de l'urèthre située immédiatement en arrière du rétrécissement qui cède parce qu'elle est la plus faible : elle se rompt et l'urine passant par la rupture, l'infiltration est accomplie.

La longueur, la forme, la situation de la rupture, l'état des parties infiltrées, la marche de l'infiltration vont nous être fournis par *l'anatomie pathologique.* La rupture n'est pas transversale, comme on pourrait croire, mais allongée d'avant en arrière, longue d'un demi-centimètre à un centimètre et demi, rarement plus. Ordinairement large de trois à quatre millimètres, l'ouverture est, dans quelques cas très rares, énorme, parce que la rupture a amené une perte de substance qu'on a vu quelquefois entraîner la disparition complète du tissu

cicatriciel formant le rétrécissement. Ses bords sont épais, irréguliers et souvent déchiquetés. La muqueuse circonvoisine est grise, noirâtre, ramollie, parfois détruite. La déchirure donne entrée dans un foyer anfractueux rempli d'un pus brunâtre, d'odeur urineuse et mélangé à des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Ce n'est pas sur la ligne médiane, ni même directement sur la paroi inférieure de l'urèthre qu'a lieu la rupture, mais sur les côtés, là où le canal n'est plus renforcé par les corps caverneux.

Quant à la marche que suit l'urine au travers des tissus, il faut, pour s'en rendre compte, avoir présente à l'esprit la disposition des aponévroses du périnée. Enlevons donc, par la pensée, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de cette région, nous trouverons l'aponévrose superficielle qui s'insère à la lèvre externe des branches ascendantes de l'ischion et descendantes des pubis. En arrière, cette aponévrose se réfléchit derrière les muscles transverses pour s'unir au feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne; en avant, elle va se perdre sur l'enveloppe propre de la verge, dont elle a longé la paroi inférieure. L'aponévrose superficielle enlevée découvre les muscles transverses du périnée, bulbo-caverneux recouvrant le bulbe et ischio-caverneux les corps caverneux. Si nous enlevons ces muscles à leur tour, nous arrivons sur l'aponévrose moyenne (ligament de Carcassonne ou triangulaire) qui s'insère sur les côtés à la lèvre interne des branches ascendantes de l'ischion et descendantes des pubis, en avant à l'angle pubien, et dont en arrière le feuillet inférieur va s'unir derrière les muscles transverses, à l'aponévrose superficielle. On voit donc que les deux aponévroses superficielle et moyenne limitent une loge (loge inférieure du périnée) fermée en arrière, du côté du rectum, ouverte en avant, du côté de la verge. D'un autre côté, presque tous les rétrécissements d'origine inflammatoire ou traumatique siègent au niveau du bulbe qui est contenu, nous l'avons vu, dans la loge inférieure que nous venons d'étudier. Or, la rupture ayant presque toujours lieu immédiatement en arrière du rétrécissement, il en résulte que l'infiltration se fait presque toujours en avant de l'aponévrose moyenne dans la loge inférieure du périnée. L'urine ne pourra donc pas se répandre en arrière, grâce à la jonction des deux aponévroses, tandis qu'en avant rien n'arrêtera sa marche. Et, en effet, elle envahit le périnée et la verge qui se gonflent énormément. Arrivée à l'extrémité de ce dernier organe, elle suit un chemin rétrograde, inonde le tissu cellulaire des bourses, gagne celui des pubis, de la paroi abdominale, des parois latérales de la poitrine et monte quelquefois jusqu'aux omoplates et aux aisselles. La partie supérieure des cuisses est souvent préservée par l'adhérence de la peau au ligament de Falloppe. Cependant, quand la paroi abdominale est largement envahie, on voit l'urine doubler l'épine iliaque antérieure et supérieure, gagner les fesses et par là la partie interne et supérieure des cuisses. Une fois là, rien ne l'empêche de descendre jusqu'aux genoux. Toutefois, la marche que nous venons de décrire n'est pas absolue. L'urèthre, en effet, dans quelques cas très rares, se rompt au niveau des bourses et de la portion libre de la verge. Le gonflement de ces organes est alors beaucoup plus rapide que dans le cas précédent et le périnée étant généralement épargné, les désordres sont d'ordinaire moins graves. D'un autre côté, quand l'infiltration est lente, elle frappe de gangrène le tissu fibreux lui-même, en sorte qu'il ne peut s'opposer à son passage et que, dès lors, l'infiltration n'a plus une marche aussi régulière.

Les individus atteints d'infiltration urineuse présentent des *symptômes subjectifs et objectifs*. Jeunes, en général, parce que les rétrécissements, cause de la rupture, sont ordinairement le triste privilège de la jeunesse et de l'âge mûr, ils vous racontent qu'éprouvant depuis longtemps des difficultés plus ou moins grandes pour uriner, ils ont été pris, à la suite d'une des causes occasionnelles énumérées plus haut, d'une rétention complète et que, sous l'influence des efforts pour satisfaire leur besoin, ils ont vu leur ventre s'affaisser et éprouvé une sensation de déchirure et un soulagement immédiat sans avoir rendu d'urine. Quelquefois un frisson assez léger annonce l'irruption de l'urine dans les tissus; mais souvent aux efforts et aux angoisses de tout à l'heure a succédé un calme tel que le malade a pu parfois s'endormir, sommeil trompeur auquel le praticien ne se laissera pas prendre. Du reste, ce bien-être succédant à l'agitation du début, n'est pas de longue durée. Un frisson beaucoup plus intense que le premier fait trembler le malade qui est glacé et qu'on ne parvient à réchauffer qu'avec les plus grandes difficultés. La coloration du visage, la céphalalgie annoncent la réaction et la fin de la crise qui se juge par des sueurs profuses et d'odeur urineuse. S'il n'y a pas intervention, la gangrène amène l'adynamie, précurseur de la mort. Au bout de quelques jours, la fièvre, devenue continue, se caractérise par une suite de frissons plus rapprochés et moins accentués paraissant dépendre bien plus du phlegmon diffus que de l'empoisonnement urineux. On doit alors craindre la pyohémie. Avec ces symptômes subjectifs et généraux, on observe des symptômes locaux tout à fait caractéristiques. C'est d'abord une tumeur périnéale aplatie, transversale ou longitudinale, empiétant sur les bourses qui peuvent elles-mêmes devenir grosses comme la tête d'un fœtus à terme ou d'un adulte. La verge et le prépuce sont œdématiés, les aines, le pubis et la partie supérieure des cuisses tendus et gonflés. Il existe alors un œdème, analogue à celui de l'anasarque, mou, non douloureux à la pression, dont il garde l'empreinte; et une fluctuation profonde facile à sentir par la palpation. Bientôt la peau, qui avait conservé sa coloration normale, s'enflamme, rougit, devient dure et douloureuse. Ensuite elle se couvre, par place, de taches rouge pâle, puis cuivrées et enfin noirâtres, plus foncées au centre qu'à la circonférence. Ces taches, plus ou moins étendues, à contours irréguliers, tendent à se confondre les unes avec les autres. La pression y fait sentir de la crépitation produite par des gaz développés dans le tissu cellulaire. Sous quelques-unes de ces taches, il se forme des phlyctènes remplies d'un liquide sanieux et brunâtre. Si on les déchire, on aperçoit au fond le derme rouge foncé, noirâtre et insensible.

Pour donner de l'infiltration *un pronostic* exact, il faut tenir compte de la quantité et de la qualité de l'urine infiltrée, de la force avec laquelle elle a été lancée dans les tissus et enfin des conditions dans lesquelles se trouvait le malade lui-même. La quantité d'urine infiltrée offre, au point de vue du pronostic, une très grande importance, parce que plus étendues sont les parties envahies, plus est vaste l'espace dans lequel le tissu cellulaire cesse de vivre. A quantité égale, il est certain qu'une urine très dense, très chargée de sels, sera plus nuisible qu'une urine normale, mais beaucoup moins, cependant, qu'une urine ammoniacale qui, outre sa quantité, agira par ses qualités septiques intrinsèques.

Si à la quantité s'ajoute la force de projection, on aura du côté des voies urinaires toutes les conditions d'un pronostic grave. C'est qu'en effet un courant rapide déchirera, dissociera les mailles du tissu cellulaire, dilacérera, bien plus sûrement, les vaisseaux auxquels il sert de support et privera, par conséquent, les tissus de leur nutrition. Ai-je besoin d'ajouter que les désordres précédemment décrits seront d'autant moins bien supportés que l'individu sera plus vieux, plus épuisé par la fatigue, les excès ou les souffrances d'un état pathologique antérieur. Toutefois, d'une manière générale, on peut l'affirmer, car l'observation en est la preuve, une infiltration urineuse prise à temps n'offre pas un pronostic très grave, et, si quelque phénomène surprend, c'est, comme on l'a dit, la force de la nature qui parvient à réparer et à recouvrir la vaste étendue de tissu que le sphacèle avait détruit et laissé découverte.

Le traitement de l'infiltration urineuse doit poursuivre un double but : 1° *l'évacuation de l'urine*; 2° *le rétablissement du canal. L'évacuation de l'urine* doit se faire, comme l'a enseigné Flaubert (de Rouen), au moyen d'*une incision périnéale unique et médiane*, incision qu'on pourrait dire *maîtresse*. Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille périnéale, on la commence sur les bourses en empiétant sur elles de deux centimètres environ et maintenant le bistouri exactement sur le raphé, on la termine à un centimètre en avant de l'anus. On doit couper la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle. Le tissu cellulaire, remarque importante, étant imprégné d'une grande quantité d'urine, on pourrait croire être arrivé sur le foyer, mais il n'en est rien. Celui-ci s'étant creusé dans la loge inférieure du périnée se trouve, par conséquent, au-dessus de l'aponévrose superficielle qu'il faut nécessairement traverser pour pénétrer jusqu'à lui. L'aponévrose superficielle incisée, on quitte le bistouri et, soit avec la sonde cannelée, soit avec le doigt on déchire les tissus jusqu'à ce qu'on entre dans l'intérieur de la poche, ce dont on est averti par la sortie d'un flot d'urine mélangé de pus qui inonde la main de l'opérateur et l'alèze sur lequel le malade repose. J'insiste sur cette incision médiane, parce que l'infiltration bombant surtout d'un côté ou de l'autre du raphé, on pourrait être tenté d'ouvrir directement sur la tumeur; faute opératoire dont les conséquences pourraient être graves, car le bistouri risquerait fort de rencontrer les artères superficielles du périnée dont la ligature, au milieu de tissus imprégnés d'urine, offrirait les plus grandes difficultés. Sur le raphé rien de semblable à redouter. On ne touchera pas le bulbe, car quoique placé sur la ligne médiane au-dessus de l'aponévrose superficielle, il en sera d'autant plus éloigné et, par cela même aussi, d'autant mieux préservé de l'action du bistouri, que le foyer sera plus distendu. Tout n'est pas terminé avec l'évacuation du foyer et des incisions secondaires *adjuvantes* doivent ouvrir un passage à l'urine dans toutes les régions où elle s'est répandue. Sur le scrotum, on en fera, autant qu'il sera nécessaire, longues d'un à deux centimètres de chaque coté du raphé et ne pénétrant pas au delà du tissu cellulaire. Sur la verge, les incisions ne devront pas dépasser un centimètre et s'arrêteront à l'enveloppe fibreuse de l'organe. Sur le pubis, les paroi abdominale ou pectorale moins de précautions seront nécessaires pour la longueur et la profondeur. Ces incisions, on les pratiquera d'abord sur les parties sphacélées, puis rouges ou simplement œdématiées, à la jonction des parties saines et malades. Dans les cas où la rupture s'est produite au niveau des bourses, il ne faut pas hésiter à inciser sur leur raphés et, au besoin, à les séparer l'une de l'autre jusqu'à ce qu'on ait atteint le foyer. De même si cette rupture s'était produite au niveau de la portion libre de l'urèthre, on devrait traverser sans crainte avec le bistouri son enveloppe fibreuse pour parvenir jusqu'au foyer. Par leurs orifices sort une urine fétide mélangée à du pus sanieux, à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié et de peau sphacélée dont on pourra aider l'expulsion en comprimant doucement les parties. On pansera ces vastes pertes de substance avec l'acide phénique, en se servant toutefois d'une solution très étendue sous peine de provoquer des accidents toxiques. L'iodoforme pulvérisé ou encore mieux la gaze iodoformée plus ou moins souvent renouvelée est assurément préférable. On s'est servi aussi, dans ces circonstances, d'une solution de chloral à deux ou trois pour cent; mais une solution d'acide borique ou de salicylate de soude atteindrait aussi bien le but. Sous l'influence de ce traitement, les plaies se détergent et les bourgeons charnus ne tardent point à apparaître, les rétrécissant chaque jour davantage. Au bout de quinze jours au moins et d'un mois au plus, on doit songer à rétablir le canal en lui rendant son calibre. Pourquoi pas plus tôt? Parce que, l'expérience l'a prouvé, si on touche l'urèthre avant que les désordres causés par l'urine ne soient disparus on provoque des frissons, de la fièvre et quelquefois de la septicémie ou même de l'infection purulente. Quant à la méthode même qui doit rendre au canal son calibre normal, c'est au tact du chirurgien de choisir entre la dilatation temporaire progressive et l'uréthrotomie interne. Mais s'il est résolu et judicieux de beaux succès, des guérisons inespérées récompenseront ses efforts.

Nous avons envisagé l'infiltration urineuse telle qu'elle se fait et se conduit dans la loge inférieure du périnée. C'est sa marche ordinaire. Mais ne peut-elle se faire dans la loge supérieure? Evidemment oui. Pourquoi? Parce que certains rétrécissements traumatiques rares, résultant d'une dissociation des symphyses ou d'une fracture du bassin occupent la région membraneuse. Comme ces rétrécissements siègent en arrière de l'aponévrose moyenne, il en résulte que l'infiltration dont ils sont l'origine a lieu dans la loge supérieure. Le mécanisme en est, d'ailleurs, le même, mais la marche bien différente. Rencontrant l'aponévrose moyenne en avant, l'urine ne peut s'avancer du côté du périnée. Elle ne peut non plus gagner du côté du bassin, parce qu'à défaut de l'aponévrose pelvienne supérieure, la pesanteur s'y oppose. Une seule voie lui étant ouverte en arrière, elle se répand sur les côtés du rectum pour tomber dans les fosses ischio-rectales et inonder le tissu cellulaire sous-cutané de la marge de l'anus, dans lequel le bistouri doit aller la chercher. Enfin, dans quelques cas heureusement exceptionnels, car ils sont très graves, on a vu l'urine gagner les fosses iliaques et le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'à une très grande hauteur le long de la colonne vertébrale (Voillemier).

On comprend combien cette marche insolite augmente la difficulté du traitement. L'aspiration pourrait être utile, mais la difficulté de faire pénétrer l'aiguille exactement sur le foyer en rendra l'application bien incertaine. L'incision des fosses iliaques, assurément plus efficace au point de vue de l'évacuation urinaire, offrirait le grave danger d'ouvrir le péritoine pour y laisser

pénétrer un liquide septique. Le mieux, dans ces circonstances, serait, assurément, d'ouvrir la paroi abdominale postérieure au moyen d'une incision qui suivrait le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'étendrait, au besoin, du bord inférieur des fausses-côtes à la crête iliaque. De cette façon, on ouvrirait, en arrière du péritoine, un chemin pénétrant jusqu'aux parties inondées par l'urine et permettant de les évacuer avec une sécurité relative et toute l'efficacité possible en pareil cas.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

L'article 21 oblige le procureur de la République à transmettre ses réquisitions,avec les rapports médicaux de 24 heures et *de quinzaine* et l'avis du médecin inspecteur,au tribunal qui doit statuer d'urgence sur la maintenue ou la sortie. La décision du tribunal doit être notifiée dans les *vingt jours*, à partir du placement provisoire, au préfet et au chef de l'Asile. Tout compte fait, le tribunal n'a donc que *cinq jours* pour statuer ; mais il n'en reste pas moins que l'internement provisoire peut durer vingt jours ; c'est long, si l'interné n'est pas aliéné.— M. de Gavardie, épiloguant sur « le maintien ou la sortie », soutient qu'il faudra un jugement pour laisser sortir un aliéné guéri. — M. Lacombe ne voit pas grande utilité au jugement quand il n'y aura pas contestation. Dans les cas douteux, au contraire, ce jugement à huis clos est insuffisant. Il faudrait appeler devant le tribunal au moins le principal intéressé, c'est-à-dire l'aliéné prétendu, et aussi admettre les personnes que la loi civile autorise à provoquer ou à contester l'interdiction d'un membre de leur famille. Le plus simple serait de déclarer que les règles de la procédure d'interdiction seront applicables au cas prévu par l'article 21. — M. Delsol répond que le tribunal aura toute latitude pour prendre où il lui plaira tous les renseignements qu'il voudra. La commission est d'ailleurs disposée à donner satisfaction à M. Lacombe.— M. de Gavardie fait observer que la comparution de l'aliéné entraînera, dans certains cas, l'intervention d'un avocat ; que ce premier jugement, en chambre du conseil, engagera le tribunal lorsqu'on lui demandera de prononcer une interdiction. — M. Roger Marvaise, qui croit à l'emprisonnement dans des asiles de personnes dont on voulait se débarrasser, prie le Sénat de ne point accueillir les observations de M. Lacombe. Il faut que le tribunal marche vite, et la comparution des malades entraînera des lenteurs. Il s'agit moins, selon lui, d'apprécier l'état mental de la personne en cause que les circonstances où elle entre dans un asile. Les véritables garanties se trouvent dans l'article 50, autorisant toute personne intéressée à se pourvoir devant le tribunal pour provoquer la sortie d'une personne internée. — Si M. Roger-Marvaise a raison, l'article 50 suffirait à lui seul.

L'article 22 règle les formalités à remplir pour le transfert d'un aliéné d'un asile dans un autre. Il est voté sans discussion, de même que les articles 23 à 35 qui ne contiennent aucune innovation. L'article 36 relatif au logement provisoire des aliénés que l'éloignement empêche de conduire immédiatement à l'asile et des présumés aliénés soumis à une expertise médico-légale, donne lieu seulement à quelques explications de M. le rapporteur. L'article 37 limite à quinze jours la durée du séjour dans ce dépôt provisoire.

L'article 38 décide que les condamnés reconnus épileptiques ou devenus aliénés pendant leur emprisonnement seront, après avis médical, transférés dans un quartier spécial d'aliénés annexé à un établissement pénitentiaire, jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine. — M. de Gavardie trouve l'article trop absolu en ce qui concerne les épileptiques ; il serait excessif de retenir indéfiniment dans un asile-prison un individu sujet de loin en loin à des attaques d'épilepsie, lors même que sa peine serait expirée depuis longtemps. — Les explications de M. le rapporteur ne répondant nullement à cette objection, M. Paris la reprend en proposant de substituer pour l'administration la faculté à l'obligation du transfert. M. le rapporteur admet cette substitution en disant qu'il faut s'en rapporter à l'administration qui « ne commettrait pas cette anomalie » de faire transférer dans le quartier des aliénés un condamné qui serait à la veille de sa libération. — Avec la modification proposée par M. Paris, l'article 38 est adopté. — Ainsi se trouve lestement tranché un problème à la fois médical et judiciaire, d'une extrême difficulté sous ses deux aspects. Il est entendu désormais que si un individu condamné à un an et un jour d'emprisonnement est pris, dans le premier mois, par exemple, d'accès épileptiques graves nécessitant son transfert dans le quartier général, il y restera, quand même ses accès ne reparaîtraient que tous les ans, jusqu'à sa guérison, c'est-à-dire le plus souvent jusqu'à sa mort. C'est une façon comme une autre de protéger la liberté individuelle.

D'après l'article 39, une décision judiciaire pourra mettre à la disposition de l'administration, pour être placés dans un asile, diverses catégories d'inculpés, de prévenus et d'accusés, dans le cas où leur état mental compromettrait la décence, la sécurité, la tranquillité publique ou leur propre sûreté. — M. Lacombe demande comment on appliquera cette disposition, sans arbitraire et sans violation des principes du droit pénal, dans le cas où sera acquitté par le jury un accusé pour lequel on aura plaidé l'aliénation. La décision du jury n'est pas motivée, et personne n'a le droit de l'interpréter. Il se peut que le jury n'ait eu en vue que l'état mental de l'accusé au moment strict où a été commis l'acte incriminé. Il se peut que l'argument de l'irresponsabilité n'ait pas agi seul sur le verdict, que d'autres circonstances se soient combinées avec lui pour amener l'acquittement. Donnera-t-on à la cour le droit de rechercher quel a été le mobile du jury, quand jusqu'à présent on lui a refusé ce droit d'une manière absolue.

L'article 39 apporte donc au droit criminel une modification extrêmement grave, et M. Lacombe, qui n'a pas voulu présenter un amendement,très difficile à rédiger, demande au Sénat de renvoyer l'article à la commission. — M. Delsol répond que l'article a pour but de prendre des précautions contre des aliénés dangereux, dont la mise en liberté après un acquittement a souvent été un péril public. Lorsqu'un aliéné a été relaxé par

jugement correctionnel ou par ordonnance de non lieu, il n'y a pas de difficulté, la décision judiciaire étant motivée par l'état mental. Il est tout simple, s'il y a des mesures à prendre, qu'elles soient ordonnées par la juridiction même qui a prononcé l'acquittement. S'il s'agit d'un état d'aliénation habituel, l'internement va de soi. Si l'acte criminel, au contraire, a été commis dans un accès passager, sujet à récidiver, il peut encore y avoir lieu à internement. Mais l'article 39 n'est pas impératif; il se borne à dire qu'il y aura lieu d'examiner l'état mental de l'acquitté. Devant le jury, la difficulté est plus grande, le verdict pouvant prêter à toutes sortes d'interprétations, et personne n'ayant qualité pour l'interpréter. La commission a pensé que, en dehors du verdict, les débats suffisaient à faire naître la suspicion d'aliénation mentale. Deux indices principaux peuvent se présenter : ou bien le ministère public a renoncé à l'accusation en raison de l'état mental de l'accusé, ou bien celui-ci, soit par lui-même, soit par son avocat, a plaidé l'irresponsabilité. Alors il y aura présomption grave, en raison de laquelle, après l'acquittement, le tribunal ordonnera l'examen de l'état mental de l'individu acquitté. La commission n'a pas voulu, sur l'observation du directeur des affaires civiles, que ce fût la cour d'assises qui prononçât l'internement, afin d'éviter de donner à cette décision l'apparence d'une riposte au verdict d'acquittement. Ce système a, d'ailleurs, un autre avantage : il peut être nécessaire de procéder à de nouvelles investigations ou même à une expertise médico-légale, et la cour d'assises n'est pas permanente, tandis que la chambre du conseil sera toujours là pour suivre l'enquête. — M. Lacombe ne conteste pas qu'il y ait quelque chose à faire, mais la commission va trop loin. On abuse quelquefois, en cour d'assises, de l'argument de l'irresponsabilité. L'avocat ne plaide pas toujours l'état habituel d'aliénation; le plus souvent, il se borne à soutenir que l'accusé n'est pas responsable parce que, au moment de l'acte incriminé, il était sous le coup d'une excitation telle qu'il ne pouvait raisonner son action. D'après le projet, il suffirait que cette argumentation se produise pour que l'accusé acquitté soit mis à la disposition de l'administration. C'est excessif, surtout parce qu'il s'agit d'un internement définitif. S'il ne s'agissait que de ne pas laisser libre, même un moment, un aliéné dangereux, pouvant se livrer à de nouveaux actes de violences, d'appeler l'intervention immédiate du préfet, agissant en vertu de l'article 29, M. Lacombe y consentirait. Mais il s'agit de sortir des règles protectrices établies par d'autres articles, de recourir à une procédure sommaire, ne présentant plus les mêmes garanties, procédure qui paraitra, quoi qu'on dise, une revanche de la cour contre un verdict du jury. Il serait fâcheux, d'ailleurs, qu'un même membre du parquet, après avoir demandé la condamnation d'un individu comme responsable, vienne réclamer ensuite son internement comme irresponsable. M. Lacombe propose donc de ne donner au tribunal que le droit de prendre une mesure provisoire à laquelle succédera l'examen de l'état mental de l'accusé acquitté, examen fait conformément aux articles 20 et suivants. — M. Delsol réplique que si la disposition contestée pouvait avoir cette conséquence de faire cesser l'abus de l'argument d'aliénation mentale, il faudrait s'en féliciter. Mais, au fond, il ne suffit pas que cet argument soit présenté pour décider l'internement ; ce n'est, selon le projet, qu'un indice grave autorisant à examiner s'il y a lieu ou non de rendre à la liberté un individu qui peut être un aliéné dangereux. M. Paris croit que l'amendement de M. Lacombe réalise une amélioration. Il craint qu'en limitant l'intervention de la cour à la double hypothèse : parquet abandonnant l'accusation ou défense plaidant l'aliénation, elle ne compromette l'intérêt de la sécurité publique. Il importe de préciser les termes. Qu'entend-on par « soutenir que l'accusé était irresponsable? » L'avocat se gardera bien de conclure nettement; il prendra des détours pour amener le jury à croire à l'aliénation, sans qu'on puisse dire qu'il a soutenu l'irresponsabilité. Son habileté paralysera le droit que le projet attribue à la cour d'assises. L'amendement de M. Lacombe, en accordant ce même droit à la cour quand l'aliénation « paraîtra résulter des débats » est bien préférable. — M. de Gavardie rejette tout l'article comme inutile et dangereux. Inutile, parce que l'autorité administrative a déjà le droit, par les articles 18 et 19 de la loi de 1838, d'interner d'office un individu acquitté que les débats ont démontré capable de troubler la sécurité publique. Dangereux parce qu'il confond le pouvoir judiciaire et le pouvoir administratif, pour la séparation desquels on a fait des révolutions. L'accusé acquitté, le rôle de l'autorité judiciaire est terminé ; elle n'a qu'à le mettre en liberté. S'il est dangereux, l'autorité administrative peut le reprendre sous sa responsabilité. — M. Roger-Marvaise fait observer qu'il est impossible qu'en cas d'acquittement l'accusé soit renvoyé, devant le tribunal en chambre du conseil sans qu'il soit intervenu un arrêt de la cour d'assises, celle-ci étant obligée par le Code de rendre un arrêt de mise en liberté. Sous réserve de trouver une rédaction satisfaisant à cette observation, l'article 39 est adopté.

L'article 40 obligeant l'Etat à établir un ou plusieurs asiles spéciaux où seront confondus les aliénés dits criminels et les criminels devenus aliénés au cours de leur détention, est accepté sans aucune contestation. On aurait pu cependant contester, outre la convenance de cette promiscuité, le paragraphe qui permet d'envoyer dans ces asiles spéciaux, l'aliéné qui, dans un asile ordinaire aura commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes. Il répugne d'admettre qu'un aliéné qui, sous l'influence de son délire, aura frappé ou blessé un gardien ou un de ses compagnons, puisse être jeté au milieu de criminels.

Les articles 41 et 42, réglant les sorties définitive et provisoire, que doit prononcer la chambre du conseil et les conditions des expertises médico-légales à pratiquer sur les inculpés présumés aliénés, sont votés sans discussion. Il en est de même des articles 43 à 47 relatifs aux recettes et aux dépenses du service des aliénés.

L'article 48, qui met à la charge de l'Etat les frais relatifs à la surveillance des aliénés et à l'administration provisoire de leurs biens, en même temps qu'il crée une taxe spéciale pour faire face à cette dépense, donne lieu à une longue discussion que nous n'analyserons pas,

parce que, malgré le vote de cet article, il semble bien qu'il sera soumis à de grandes modifications avant la deuxième délibération où nous le retrouverons. Nous retiendrons seulement un mot du président de la commission, M. Dupré : « Les aliénés traités dans leur famille ne sont pas surveillés. » Or, en dehors du Sénat, personne n'ignore que si des aliénés sont parfois victimes d'abus et de mauvais traitements, c'est bien plus dans les familles que dans les asiles. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 février 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. LABORDE fait un court éloge de M. Béclard, membre honoraire de la Société et demande que la séance soit levée en signe de deuil. — La séance est levée ; la Société se forme en comité secret. G. T.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 février 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. LE PRÉSIDENT lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Béclard et lève la séance en signe de deuil. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 novembre 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

2. Blessure du crâne par un obus. — Eclatement de la tablette interne. — Méningite consécutive. Mort; par le Dr BAILLY (de Chambly, Oise).

Le 13 octobre 1870, à l'affaire de Bagneux, X... âgé de 24 ans, du 35e de ligne, est frappé à la tête d'un éclat d'obus prussien; il est renversé étourdi, mais ne perd pas complètement connaissance. Amené au Val-de-Grâce, service de M. Cruveilhier, salle 34 no 1, il porte à la région frontale externe gauche, à 3 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière, une petite plaie elliptique de la grandeur d'une pièce de 2 francs, qui semble avoir été faite par un instrument tranchant, si bien que les téguments sont taillés en biseau et que l'os, noirci, est absolument dénudé sur une surface de la dimension d'une pièce de cinquante centimes allongée. Les parties circonvoisines ne présentent ni douleur, ni tuméfaction, ni changement de coloration ; vainement on essaie d'introduire un stylet mousse entre l'os et les bords de la plaie. Le blessé a mangé, bu, dormi; il marche naturellement ; il ne présente aucun phénomène anormal. La blessure paraît donc simple : 2 pansements à la glycérine alcoolisée. Pendant les cinq premiers jours, rien à signaler ; les jours suivants, l'appétit semble fléchir; le sommeil est moins régulier ; le blessé accuse un peu de douleur au niveau de la blessure ; il garde plus volontiers le repos au lit. Le 15e jour, le blessé est évacué de la salle 34 à la salle 27, puis brusquement pendant la nuit. de la salle 27 à l'ancienne salle 34 (ordre supérieur de l'Intendance ?) Il a eu froid ; il est pris de fièvre et vomissements. Le lendemain, la paupière supérieure de l'œil gauche est œdématiée et paralysée. Le surlendemain, une petite tumeur molle fluctuante, de la grosseur d'une noisette, apparaît à l'angle interne et un peu au-dessous de la paupière inférieure. Le malade tombe dans le coma et la nuit suivante il meurt.

A l'AUTOPSIE nous trouvons les lésions principales suivantes : 1° Extérieurement, un peu en dehors de la plaie frontale, la tablette externe du frontal est légèrement désagrégée et enfoncée au niveau de l'angle formé par les sutures fronto-pariétale, fronto-sphénoïdale et pariéto-sphénoïdale. Les tissus qui recouvrent cette région ne présentent aucune altération qui puisse faire soupçonner la lésion osseuse intra-crânienne. 2° Intérieurement, le lobe frontal gauche du cerveau est plongé dans une masse de pus, lequel a décollé toute la dure-mère dans la partie qui correspond au traumatisme externe. Le pus a passé par la fente sphénoïdale dans la cavité orbitaire pour venir former la tumeur fluctuante citée plus haut. Le point de départ de l'inflammation de la dure-mère était à l'angle des deux sutures crâniennes antérieures citées également plus haut. Elle a été produite par l'éclatement de la tablette interne, dont un fragment triangulaire à tourné autour d'un de ses côtés comme charnière et présenté son tranchant à la dure-mère. Après trois semaines de macération, les désordres produits dans l'os frontal se sont accentués et même un peu exagérés; le petit triangle osseux a disparu.

Les détails qui précèdent démontrent qu'une application de trépan aurait pu sauver le blessé et en même temps que rien n'indiquait l'endroit exact où l'on aurait dû enlever une rondelle osseuse. Ils démontrent en outre que, jusqu'au jour où le blessé a été soumis à des secousses intempestives, rien n'indiquait la gravité de la lésion dont il était porteur. Pour moi, j'ai toujours pensé que le froid et les transports successifs du blessé d'un bout du Val-de-Grâce à l'autre, dans une saison froide, avaient amené secondairement la méningite. Il n'est pas exagéré de supposer que la pointe osseuse eût pu s'enkyster et donner lieu tout au plus à des phénomènes de compression cérébrale. Je puise la confirmation de cette manière de voir dans plusieurs faits de ma pratique dont je citerai seulement le suivant : Le nommé Lamotte Virgile, employé à l'usine de Bonne, âgé de 32 ans, est frappé à la région temporale gauche par une manivelle perpendiculairement implantée dans un arbre de couche, animé d'une grande vitesse circulaire. Sans traumatisme extérieur apparent, cet homme a été renversé; il a perdu connaissance, a été ramené chez lui, n'a pas gardé le souvenir de son accident.

Condamné par moi au repos le plus absolu, il a eu plusieurs fois des vomissements, puis, pendant plusieurs jours de la céphalalgie et des nausées ; il a éprouvé des troubles de la vue et de l'ouïe. Ces accidents ont disparu successivement et, au bout de trois semaines, le blessé a repris son travail.

Il semblerait qu'il n'y a eu dans ce cas que des phénomènes de commotion cérébrale, mais dix ans plus tard, ayant retrouvé son adresse, j'entre avec lui en correspondance et il m'écrit que depuis ces accidents il a toujours été plus faible d'un côté, que sa démarche est parfois indécise, qu'il se sent comme poussé d'un côté, etc. N'y a-t-il pas lieu de penser que la tablette interne du crâne de cet homme a été le siège d'une lésion traumatique, qu'il a eu au début de la méningite de la dure-mère, partielle, limitée, qu'il reste de l'épaississement de cette membrane, qu'il présente des phénomènes de compression cérébrale et qu'il serait peut être mort si, dès le début, il n'eût été tenu dans l'immobilité absolue ?

M. POIRIER, examinant la pièce, émet l'idée que les dentelures osseuses semblent aussi bien limiter un os wormien que représenter le sillon éliminateur d'un séquestre.

M. BROCA fait remarquer qu'il y a un sillon visible à la face externe, mais rien à la face interne; le sujet ayant 23 ans seulement, il serait extraordinaire de trouver déjà une suture aussi complète d'un os wormien.

M. SUCHARD observe que l'examen microscopique du fragment osseux doit trancher facilement la question, et se charge de faire cet examen. (Voir séance du 26 novembre.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 février 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

M. DESNOS donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. GALLARD au nom de la Société médicale des hôpitaux.

M. Kelsch lit une notice biographique sur Zuber. Il retrace avec émotion les principaux traits de cette vie si bien remplie, montre les hautes qualités du cœur et de l'intelligence qui distinguaient Zuber et qui le firent aimer et apprécier de tous ceux qui l'approchèrent. Il mourut au Tonkin au poste d'honneur, tombant épuisé par des fatigues exagérées sans avoir voulu se reposer un instant.

M. Duguet montre un malade porteur depuis 11 ans d'une tumeur de la région lombaire ayant grossi peu à peu et sur laquelle on perçoit très nettement le frémissement hydatique.

M. Gingeot lit une longue observation avec réflexions à l'appui, qui peut se résumer en ceci : Femme de 77 ans, prise subitement le matin d'hémichorée à grands mouvements. Vers le soir, tout rentre dans l'ordre. Le lendemain matin, parésie très marquée du même côté ; pas d'anesthésie et rien dans les commissures labiales. Les forces revinrent progressivement à la normale en quelques mois. Pour M. Gingeot, c'est là un cas type *d'hémichorée* pré-hémiplégique.

M. Debove rapporte l'histoire d'un malade qu'il n'a pu amener et qu'il présentera à la prochaine séance. Il s'agit d'un homme atteint *de pleurésie purulente latente sans fièvre* avec conservation d'un excellent état général. On a plusieurs fois signalé des cas analogues. Certains malades ont pu entreprendre malgré leur épanchement de longs voyages ; Guéneau de Mussy a rapporté le cas d'un général russe qui avec sa plèvre pleine de pus fit une campagne fort pénible. Le malade de M. Debove est entré dans son service au mois de février 1884. Il était un peu fatigué, avait perdu ses forces, s'était amaigri et toussait un peu, crachant quelques filets de sang, sans fièvre ni dyspnée. Il était porteur d'un épanchement gauche considérable ; par la ponction on retira un litre de liquide séro-purulent. Il devait en rester au moins deux litres ; deux mois après une seconde ponction donna issue à un liquide séreux un peu plus purulent avec globules de pus et les microbes ordinaires du pus. En 1884, on fit quatre ponctions et aucune depuis lors. L'épanchement est toujours considérable — 3 litres au moins — la base du cœur est refoulée à droite ; on sent du frémissement au niveau de la pointe. L'état général est excellent, ce pleurétique va et vient, monte des charges et ne ressemble guère à un malade. M. Debove demande à ses collègues leur avis sur la thérapeutique d'un pareil cas. Dans un fait analogue, M. Debove a employé l'empyème, le résultat a été mauvais ; l'opération d'Estlander alors pratiquée a conduit sur un *moignon* de poumon qui n'a pu se dilater, le malade est mort. Dans un second cas après une ponction ayant donné du liquide clair, celui-ci devint purulent et l'empyème donna issue à la quantité formidable de *neuf* litres de pus. L'état général était devenu excellent, mais comme il n'y avait nulle tendance à l'accolement des parois on fit l'opération d'Estlander.

Il ne semblait pas avant l'intervention chirurgicale, dit M. Joffroy, qui était présent à l'opération, que la cavité fût énorme et pourtant une fois les sept côtes réséquées, on se trouva en présence d'une cavité large comme la tête, au fond de laquelle le poumon était aplati, bridé et fixé solidement sans possibilité de dilatation ultérieure. L'opération, qui d'ailleurs avait été pratiquée comme dernière ressource, amena la mort rapide du malade.

M. Debove croit donc que dans le cas actuel de son malade le mieux est de s'abstenir de toute intervention Cependant il demande l'avis de ses collègues.

M. Guyot croit que si le poumon a de la tendance à se dilater, il faut faire l'empyème, sinon il faut s'abstenir.

M. Rendu a soigné un malade auquel il avait fait l'empyème ; comme il restait une fistule et une cavité assez grande on pratiqua l'opération d'Estlander et le malade succomba. Il pense donc que lorsqu'il existe de grandes cavités pleurales, à parois inextensibles, il faut s'abstenir d'opérer.

M. Bucquoy croit que dans le cas de M. Debove il faudrait faire des ponctions successives, à intervalles assez éloignés. En général, on permet ainsi au poumon de se dilater progressivement. Quelquefois il faut en faire jusqu'à trente, on voit alors le plus souvent la cavité diminuer peu à peu et il arrive un moment où elle ne renferme plus que 500 grammes par exemple de pus. Ce chiffre persiste dès lors, la poche restant dans les mêmes conditions. On peut alors faire l'empyème et généralement le résultat est bon ; le malade peut avoir une longue survie, ne conservant qu'une petite fistule.

M. Dumontpallier croit qu'après trois ou quatre ponctions ayant donné issue à du pus il faut intervenir promptement et faire l'empyème, surtout si le malade a présenté des accidents généraux. Il croit qu'on peut apprécier l'état du poumon en se servant du trocart avec la baudruche, suivant la méthode de Trousseau.

M. Féréol pense que lorsqu'il y a mauvais état général, fièvre, il faut opérer ; dans les cas latents au contraire, il faut ponctionner de temps à autre et ainsi le malade peut avoir une longue survie. Il a vu certains malades qui se faisaient ainsi faire la thoracentèse tous les six mois environ, puis après quelques jours reprenaient leurs occupations. D'après lui, ce serait la conduite à tenir dans le cas du malade de M. Debove. Tel est aussi l'avis de M. Bucquoy. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Terrier fait un rapport oral sur une observation adressée à la Société par M. Poisson (de Nantes) et intitulée : *Etranglement interne par suite de réduction en masse d'un sac herniaire*. Homme de 61 ans, porteur d'une hernie inguinale depuis longtemps qui à diverses reprises s'étrangla. Il y a quelque temps, nouveaux accidents d'étranglement et réduction en totalité du sac et de son contenu. Appelé deux ou trois jours après le début de la maladie, M. Poisson croit à un étranglement interne, n'ayant aucun renseignement sur ce qui a eu lieu auparavant. Toutefois, soupçonnant que le malade avait une hernie, il fait l'incision de la laparotomie un peu en dehors de la ligne médiane. Le ventre ouvert, il rencontre le sac herniaire, l'ouvre, dégage l'intestin, et nettoie le tout. Trois jours après l'opération, broncho-pneumonie; guérison de la broncho-pneumonie et de l'étranglement.

M. Trélat fait une communication sur un cas d'*abcès de la fesse consécutif à la fièvre typhoïde, traité par les injections d'éther iodoformé*. L'histoire clinique de cette malade a été publiée (1), mais il désire aujourd'hui insister sur le traitement qu'il a employé. C'est par simple analogie qu'il a essayé les injections d'éther iodoformé pour cet abcès froid survenu chez une femme n'ayant aucune raison pour être considérée comme tuberculeuse ; et, malgré le volume de l'abcès (on retira par la ponction 400 gr. de pus), la guérison était complète un mois après. M. Trélat fait remarquer qu'il n'est pas dans la pratique chirurgicale courante de traiter les abcès froids non tuberculeux par cette méthode là, et, d'autre part, que ce moyen lui paraît pouvoir être appliqué comme mode de pansement intérieur dans les abcès chauds.

M. Terrier fait ressortir les deux points principaux de la communication de M. Trélat, à savoir: 1° que le fait ci-dessus est une preuve qu'il existe des abcès froids non tuberculeux ; 2° qu'on peut traiter avec succès ces abcès par l'éther iodoformé. Il croit cependant que la pathogénie invoquée par M. Trélat pour expliquer l'apparition de cet abcès après la fièvre typhoïde est discutable ; pour lui, cet abcès est dû à un microbe et non pas à la dégénérescence zenkérienne. Il ajoute que les abcès froids, tuberculeux ou non, peuvent guérir par la ponction seule.

M. Marc Sée pense que, dans le cas de M. Trélat, l'abcès n'était pas consécutif à la fièvre typhoïde, mais à une lésion osseuse. On n'a pas recherché dans le pus le bacille de la tuberculose ; donc, on n'était pas en droit d'affirmer que ce n'était pas un abcès tuberculeux.

M. Lucas-Championnière. — Pour préconiser ainsi les injections d'éther iodoformé dans les abcès chauds, il faudrait être sûr de leurs bons effets dans les abcès froids tuberculeux. Or cette méthode pour les abcès froids ne donne pas des résultats constants ; il y a souvent des insuccès. D'autre

(1) Une leçon a été faite par M. le Pr Trélat sur ce sujet ; elle a été rédigée et publiée par M. Vignard dans le *Progr. méd.*, n° 50, 1886, p. 1067.

part un abcès chaud incisé aseptiquement, lavé avec les antiseptiques, présente la réunion par première intention et la guérison est rapide. Le nouveau moyen indiqué par M. Trélat ne doit pas, à son avis, être recommandé pour ces raisons; d'ailleurs, il est très douloureux.

M. Le Dentu. — Les injections d'éther iodoformé dans les abcès froids sont loin d'assurer la guérison dans tous les cas; le moyen le plus sûr, c'est l'incision avec cautérisation des parois de l'abcès avec une solution de $Zn\,Cl^2$ au 1/20e. Il insiste sur la guérison spontanée possible de ces abcès et sur leur disparition à la suite de deux ou trois ponctions, d'une seule parfois (alors même qu'il s'agit d'une vaste collection purulente) si l'on fait de la compression.

M. Reclus vient défendre la méthode préconisée par son maître, M. Verneuil. Il a fait de nombreuses injections d'éther iodoformique dans bon nombre d'abcès froids. Il n'a pas noté le moindre accident, sauf dans deux cas une eschare de la peau, de la dimension d'une pièce de 5 francs, produite par la distension exagérée d'une poche très amincie. S'il se fait parfois après l'injection des perforations spontanées, elles guérissent rapidement, tandis que les fistules consécutives à de tels abcès froids non traités sont intarissables.

M. Berger a fait ces injections dans des abcès manifestement tuberculeux; résultats variables, à son avis. Pour les abcès froids non manifestement tuberculeux, il croit indiqué de les utiliser. Il a vu un cas de sphacèle de la peau.

M. Trélat répond aux orateurs ci-dessus et fait remarquer qu'on a quelque peu déplacé la discussion. D'ailleurs, il n'a jamais cherché à remplacer dans tous les cas l'incision des abcès chauds par les injections d'éther iodoformé.

M. Le Dentu cite deux cas dans lesquels il a dû faire la *taille vésico-vaginale* pour guérir deux cas de *cystite purulente avec cystalgie* (cystite douloureuse de Guyon) (1). 1° Femme de 45 ans ayant eu de l'incontinence d'urine dans son enfance. Métrite et cystite, il y a six ans. En 1884, séjour à Necker; diagnostic : cystite douloureuse. Entrée à Saint-Louis en 1885. Opération : création d'une fistule vésico-vaginale; après trois semaines, amélioration notable et bientôt disparition des douleurs, urines claires. Six mois après, fermeture de la fistule vésico-vaginale; apparition de quelques douleurs après cette opération, mais elles cessent bientôt. Actuellement, plus de cystite, plus de douleur, bon état général. 2° Cystite tuberculeuse douloureuse. On fait la taille vésico-vaginale; amélioration très notable ensuite. Les accidents thoraciques (tuberculose pulmonaire) sont si graves qu'on ne peut songer actuellement à fermer la fistule, et cependant il n'y a plus de douleur et l'urine est claire. M. Le Dentu, à propos de ces deux observations, fait quelques réflexions sur le manuel opératoire de cette taille vésico-vaginale. a) Il la fait avec un instrument spécial, qui lui permet d'obtenir une incision de trois centim. b) Il évite l'infiltration d'urine possible et observée dans quelques cas par des chirurgiens américains en faisant la suture des muqueuses vaginale et vésicale. c) Utilité de la suture pour empêcher la fistule de se refermer trop tôt, ce qui vaut mieux que d'employer des sortes de bobine en verre ou de canules en caoutchouc en forme de bouton de chemise, pour maintenir la béance de l'orifice. Ces appareils sont mal supportés.

M. Lebec lit une observation intitulée : *Pseudo-étranglement, laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Guérison.*

Marcel Baudouin.

(1) Voir thèse de doctorat de M. Hartmann, 1887.

Hopitaux de Lyon — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Rabot.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — Les leçons de botanique (classification et familles naturelles) des samedis 19 et 26 février, 5 et 12 mars, auront lieu à deux heures, au lieu de midi et demi, dans le grand amphithéâtre.

Nouveaux journaux. — On annonce l'apparition d'un nouveau *Centralblatt*, le *Centralblatt für Kinderheilkunde*, qui sera dirigé par M. le Dr Raudwitz (de Prague).

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE
ET MENTALE

IX. Conferenza intorno un caso di pazzia a quattro; par Verga (*Il manicomio*, fasc. I, 1885.)

X. Della neuro-retinite e dell'atrofia del nervo ottico in alcune malattie cerebro-speciali; par Roscioli (*Gornale di neuropatologia*, 1885, fasc. 3 et 4.)

XI. L'ossigeno nelle psicopatie; par Limoncelli (*Archivio di psichiatria e science penali*, vol. VI, fasc I, II. Torino 1884, et *Il Pisani*.)

XII. Sulla struttura dei talami ottici; par Marchi (*Rev. sper. Fren.*, fasc. III, 1884.)

XIII. Contributo allo studio medico-legale della dipsomania et dell'alcoolismo; par le prof. A. Tamburini (*Rev. sper. di freniatr.*, 1885, fasc. I, II, III.)

XIV. Sulla dinamografia e sue applicazioni al diagnostico dei desordini motori nelle malatite nervose; pel dott par Enrico Morselli (*Riv. sperim. di fren.*, 1885, fasc. II, III)

XV. Sulla mecanica della locomozione del cervello in rapporto ai movimenti del capo, par le prof. Silvio Venturi (*Riv. sperim.*, 1885, fasc. I.)

XVI. Su alcune alterazioni istologiche del sistema nervoso centrale; pel dott. Livio-Vincenzi (*Riv. Sperim.*, 1885, fasc. II et III.)

XVII. Contributo allo studio delle lesioni della protuberanza annulare; pel dott. G. Algeri et V. Marchi. (*Riv. sperim.* 1885, fasc. II et III.)

IX. Une femme de chambre, âgée de 47 ans, sans trace héréditaire névropathique, manifesta la première des idées délirantes, l'espérance d'un héritage invraisemblable. Sa maîtresse, d'un âge moyen, d'une constitution saine, ne tarda pas à partager ses convictions; puis ce fut la propre mère de la femme de chambre qui mourut joyeuse en lui prédisant un avenir de richesses, et enfin le mari, d'une intelligence d'ailleurs débile. La mère étant morte, la maîtresse s'étant éloignée, le mari resta seul avec sa femme en observation : leur délire s'accompagne d'hallucinations auditives de la même nature, les fortifiant de plus belle dans leurs espérances mensongères; quelquefois on a noté des idées de persécution. La séquestration et l'isolement des deux malades n'a modifié en rien ces symptômes.

X. M. Roscioli se propose un double but : 1° Discuter les diverses causes capables de produire des altérations de la vue dans les maladies nerveuses; 2° en résumer la symptomatologie; 3° puis en montrer l'importance au point de vue du diagnostic. — Il s'occupe d'abord des troubles visuels accompagnant les affections médullaires et en particulier de l'*atrophie tabétique* de Charcot qu'il divise en deux périodes dont les symptômes peuvent être reconnus par des procédés spéciaux; puis des différents troubles moteurs. Quant aux troubles visuels qui accompagnent les maladies de l'encéphale, ils peuvent se classer en deux catégories, la *névrite optique descendante* et la *névro-rétinite*. Cette dernière, dont le point de départ est dans la papille même, serait due : 1° au rapport des gaines du nerf avec l'espace sous-arachnoïdien antérieur; 2° à la disposition axile des vaisseaux; 3° au resserrement que subit le nerf optique à son entrée dans la sclérotique. Elle peut d'ailleurs se distinguer de la névrite tabétique et des autres. Quant aux causes qui amènent la névrite optique descendante, elles peuvent se réduire aux inflammations et aux compressions directes du nerf optique.

XI. L'auteur rapporte différentes observations de névropathes ou d'aliénés guéris par l'emploi des inhalations oxygénées pratiquées en moyenne pendant un mois. Ces malades étaient en même temps pour la plupart anémiques ou très débilités; et c'est d'ailleurs là le fait qui a suggéré à M. Limoncelli l'idée d'employer l'oxygène dans le traitement de ses malades.

XII. Les recherches que M. Marchi a faites sur de petits mammifères, chat, chien... l'ont conduit aux conclusions suivantes : Les couches optiques sont composées de cellules nerveuses, de fibres et de névroglie : 1° Les *cellules nerveuses* sont de deux espèces, des grandes 40 à 60 μ. et des petites 20 à 30 μ. Les grandes prédominent et ont un aspect puriforme, triangulaire ou polygonal. Elles ont de nombreux prolongements protoplasmiques et un nerveux ou cylindraxile, lisse, grêle, d'aspect d'abord conique, puis flexueux. Il présente deux variétés, tantôt il se divise en rameaux dichotomiques enchevêtrés se perdant dans la substance grise, tantôt tout en donnant naissance à de fins ramuscules il continue son trajet pour former le cylindraxe d'une fibre nerveuse. C'est là

le cas le plus fréquent dans la couche optique. Ce sont ces caractères du cylindraxe qui ont fait classer les cellules nerveuses en deux types par le professeur Golgi. Les prolongements protoplasmiques au nombre de 4 à 6 par cellules sont gros, d'aspect granuleux. Ils s'épuisent en des ramifications dichotomiques qui aboutissent aux vaisseaux ou aux cellules de la névroglie; 2° les *fibres nerveuses* se divisent comme les cellules en deux types, le premier caractérisé par des ramifications dichotomiques enchevêtrées, le second par la continuation avec le prolongement cylindraxile des cellules, après avoir fourni des rameaux très fins s'entrecroisant avec ceux des fibres précédentes et ceux fournis par les prolongements des deux types de cellules. D'après les travaux du professeur Golgi et ses propres recherches antérieures, M. Marchi regarde les cellules à prolongement cylindraxile comme spéciales aux zones motrices. Les couches optiques ne seraient donc pas des organes en rapport exclusif avec la motilité ou la sensibilité. Cependant, eu égard à leur structure anatomique, à la présence des cellules du 2e type en majorité, l'*hypothèse de propriétés motrices* pourrait être soutenue; 3° la *névroglie* est composée de cellules petites avec des prolongements nombreux, délicats, souvent ramifiés à leur base, dont quelques-uns vont s'insérer par une large expansion sur la paroi des vaisseaux. L'*épendyme* qui recouvre la face interne des couches optiques est formé de cellules cylindriques dont les prolongements très ramifiés se perdent tantôt dans la substance nerveuse, tantôt vont s'insérer aux parois des vaisseaux.

XIII. Ce travail repose sur deux rapports médico-légaux concernant l'un un dipsomane, l'autre un alcoolique chronique. Ils sont suivis de considérations cliniques fort nettement exposées sur ces deux formes morbides et qui conduisent aux conclusions suivantes: La dipsomanie et l'alcoolisme, tout en formant deux maladies bien distinctes, n'en ont pas moins de nombreux points de contact et peuvent même à certains moments, sous l'influence de l'abus de l'alcool, être confondues. Dans l'accès dipsomaniaque l'action de l'alcool sur les fonctions intellectuelles peut se manifester de trois façons différentes, par une perversion morale, par un délire alcoolique, par une ivresse profonde, comateuse. La dipsomanie est d'ailleurs avant tout essentiellement héréditaire : les accès fréquemment répétés peuvent amener l'alcoolisme aigu ou chronique et l'abus accidentel de l'alcool peut provoquer alors chez les dipsomanes les mêmes symptômes de dégénérescence qu'amène seulement dans l'alcoolisme l'abus prolongé et continuel. Au point de vue médico-légal, l'état psychique du malade au moment de l'acte peut être dans les deux cas absolument identique et le diagnostic ne peut être fait que par l'examen somatique et la recherche attentive des anamnestiques.

XIV. Le dynamographe, bien supérieur au simple dynamomètre pour les recherches cliniques, permet d'apprécier le degré de force de la contraction, le pouvoir musculaire de tension, la coordination des actions musculaires, le mode de passage de l'état de repos à l'état d'action, le moment de la production de l'effort maximum. Au point de vue de l'étude clinique, il peut servir au diagnostic des paralysies, des tremblements, des ataxies. C'est dans cet ordre d'idées qu'ont été dirigées les recherches dynamographiques du Dr Morselli ; pour les désordres moteurs, le dynamographe lui a servi à reconnaitre l'affaiblissement précoce des muscles dans la paralysie générale progressive, la diminution de force du côté non paralysé dans l'hémiplégie d'origine cérébrale et dans le tabes dorsalis, à établir aussi des différences entre la paralysie générale type et la pseudo-paralysie générale alcoolique, entre la paralysie agitante et la sclérose en plaques disséminées L'auteur étudie aussi les variations de la force et de la coordination des mouvements dans l'atrophie musculaire progressive, la chorée, la crampe des écrivains... Enfin il établit à l'aide du dynamographe le diagnostic des différentes variétés de tremblements.

XV. On connait les expériences de M. Luys sur la locomotion du cerveau et les discussions auxquelles elles ont donné lieu. M. Venturi revient aujourd'hui sur le même sujet. Ses expérimentations particulières sur le cadavre et une observation anatomo-pathologique le conduisent à partager l'opinion de M Luys en ce qui concerne la locomobilité du cerveau. En revanche, il n'admet pas l'existence d'un espace libre entre la surface du cerveau et la boîte osseuse du crâne : aussi donne-t-il comme cause à ces mouvements un déplacement particulier, intime, de la substance cérébrale sans production d'espace vide et dont il expose longuement le mécanisme dans des considérations fort ingénieuses, mais peut-être un peu hypothétiques.

XVI. C'est l'étude rapide de quelques altérations survenues dans les cellules de la névroglie par obstacle au cours du sang et aussi dans les cellules nerveuses (dégénérescence calcaire). Dans les cas de tumeurs cérébrales, les altérations observées dans les cellules de la névroglie ou nerveuses, dans les fibrilles primitives ont été des plus diverses (sclérose, atrophie pigmentaire des cellules, transformations des fibrilles en ces sortes de globules transparents très réfringents signalés déjà par Leber et interposés entre le tissu nerveux et le néoplasme).

XVII. MM. Algeri et Marchi rapportent deux observations avec autopsie de lésions de la protubérance, consistant pour la première en des abcès multiples développés dans la moitié inférieure gauche de la protubérance, pour la seconde en un foyer hémorrhagique de la moitié droite, empiétant un peu à gauche : il y avait en outre de petits foyers hémorrhagiques dans la partie antérieure des circonvolutions frontales et un kyste dans le noyau lenticulaire droit sans lésion de la capsule interne. Les symptômes communs aux deux malades ont été la paralysie des extrémités et du facial du côté opposé à la lésion ; puis des vomissements, des douleurs de tête, des vertiges chez le premier, et des convulsions épileptiformes, des troubles de la parole chez le second. La paralysie faciale du second cas siégeant du côté opposé à la lésion est un fait très régulier, puisque cette dernière occupait la partie supérieure de la protubérance ; dans la première observation au contraire, les abcès se trouvant à la partie inférieure, la paralysie eût dû être alterne ; les auteurs expliquent ce fait par une lésion avant leur entrecroisement, dans le pont de Varole, des fibres dites *volontaires* du facial venant des hémisphères. Ils insistent enfin sur la déviation conjuguée des bulbes oculaires observées chez les deux malades. Passant rapidement en revue les opinions émises à ce sujet (Prévost, Landouzy, Grasset), ils finissent par admettre avec Landouzy comme nécessaire la distinction entre les paralysies et les irritations du noyau de la sixième paire considéré comme centre des mouvements associés des yeux. Dans le premier cas, la déviation des yeux à droite s'explique aisément par la suppléance fonctionnelle du noyau droit, le gauche étant détruit par la lésion. Dans le second cas où le foyer hémorrhagique siège à droite, la déviation des yeux a lieu cependant de ce même côté, parce que le noyau de la sixième paire n'est pas directement intéressé par le processus morbide qui ne fait qu'exercer sur lui une irritation de voisinage.

J. SÉGLAS.

CORRESPONDANCE

Les approvisionnements du Service de Santé de l'armée.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le compte-rendu, publié dans le n° 2 du *Progrès* de 1887 (page 35), *Traité des manœuvres d'Ambulance*, etc., de M. le Médecin-Principal Robert, donne une notion succincte, mais exacte et impartiale, de la haute portée de l'ouvrage et de l'état des ressources de notre service de santé d'armée au point de vue du matériel de chirurgie.

A cet article, nous croyons devoir ajouter des remarques de deux ordres : les premières sont rectificatives et serviront à l'instruction de nos lecteurs (appelés plus ou moins à concourir à l'exécution du service de santé en temps de guerre), les secondes sont l'expression d'un vœu bien légitime.

I. Jusqu'au jour où l'article cité a été écrit, le matériel de pansements comprenait effectivement d'énormes quantités de charpie et de linge n'ayant subi aucune préparation en vue de l'antisepsie. Mais au même instant, une note importante, émanée du Ministère de la Guerre, ordonnait les mesures à prendre pour rendre aseptiques les approvisionnements de charpie du Service de santé. Par cette heureuse mesure, toutes les ressources matérielles sont données à nos confrères de l'armée pour transformer leurs anciens approvisionnements, dangereux par les conséquences de leur emploi, en pansements antiseptiques. Nous nous faisons un devoir de donner un résumé fidèle de cette décision, qui est de la plus haute importance pratique et à laquelle applaudiront tous les chirurgiens soucieux de l'intérêt des malades.

D'après le résultat des expériences faites et conformément à l'avis de la section technique du Service de santé, le Ministre a décidé que : La charpie antiseptique sera de trois espèces : *Charpie bichlorurée. — Charpie phéniquée. — Charpie boriquée.*

§ 1er. — SERVICE DE RÉSERVE.

La totalité des quantités de charpie existant actuellement dans les approvisionnements du Service de réserve sera antiseptique.

Les proportions suivantes seront adoptées :

Désignation des approvisionnements	*Quantités totales*	
—	—	
	Kil.	gr.
Approvisionnement d'ambulance n° 1. . .	120	»
— — n° 2. . .	10	»
— — n° 3. . .	15	»
— d'hôpital de campagne.	15	250
— de dépôt de convalescents	10	»
— de train d'évacuation .	1	»
— d'hôpital temporaire de 200 malades.	150	»
— d'hôpital temporaire de 100 malades.	75	»
— d'hôpital temporaire de 50 malades	60	»
— de réserve de pansement	75	»
Sac d'ambulance	0	300
Sacoches d'ambulance (paire de)	0	300
Chargement de voiture médicale régimentaire	6	»
Cantines médicales (paire de).	4	»
Paniers de réserve (paire de).	2	»
Musette à pansement.	0	100
Chargement de voiture de chirurgie . . .	40	»
— de voiture d'approvisionnement de réserve.	20	»

Dans chacune de ces unités d'approvisionnement, le tableau publié au *Journal militaire officiel* (1886, n° 81, p. 975), prescrit que la quantité de charpie bichlorurée sera *double* de celle des charpies phéniquées et boriquées réunies ; par exemple, dans l'approvisionnement d'ambulance n° 1 nous trouvons : charpie bichlorurée 80 kil., charpie phéniquée 20 kil., charpie boriquée 20 kil., etc. Au fur et à mesure des opérations, le magasin central des hôpitaux adressera à chaque corps de troupe et à chacun des gestionnaires des approvisionnements du service de santé en campagne, les quantités de charpie antiseptique destinées à remplacer la charpie ordinaire. La charpie antiseptique sera comprimée et empaquetée dans du papier-parchemin teinté en rouge pour la charpie bichlorurée, en bleu pour la charpie boriquée, et non teinté pour la charpie phéniquée. Chaque paquet sera étiqueté et hermétiquement fermé ; il ne sera ouvert que lors de la mise en consommation. Aussitôt après la réception de la charpie antiseptique, il sera procédé aux opérations suivantes :

A. — *Corps de troupes.* La charpie ordinaire provenant des approvisionnements sera consommée au fur et à mesure des besoins à l'infirmerie régimentaire.

B. — *Gestions diverses des approvisionnements du service de santé en campagne.* 1° Dans les hôpitaux militaires, il sera versé au service courant de chaque établissement une quantité de charpie ordinaire correspondant aux besoins du service pendant deux ans. Le reste sera versé au magasin central des hôpitaux.

2° Pour les gestions ne relevant pas d'un hôpital militaire, la totalité de la charpie ordinaire sera versée au magasin central des hôpitaux.

§ 2. — Service courant.

Dans les infirmeries régimentaires et les hôpitaux militaires, les médecins militaires feront préparer extemporanément les quantités de charpie antiseptique qui leur seront nécessaires, au fur et à mesure des besoins. La charpie devra être purifiée avant d'être rendue antiseptique. La circulaire donne les procédés à employer, ainsi que les titres des solutions antiseptiques. Nous nous bornerons à faire connaître : *a*, que la *purification* de la charpie se fait au moyen de l'eau bouillante (4 litres par kilogr. de charpie) ; puis dessication et immersion dans l'hypochlorite de chaux (solution au trentième, 6 litres par kilogr.) ; enfin, dessication et immersion dans l'acide chlorhydrique au trentième (6 litres par kilogr.); *b*, que la solution de *bichlorure de mercure* est au titre de 1 gr. pour 2500 d'eau distillée, par kilogramme de charpie (charpie bichlorurée au millième) ; *c*, que la solution d'*acide borique* est au titre de 100 grammes pour 2500 d'eau distillée, par kilogr. de charpie (charpie boriquée au dixième) ; *d*, que la charpie est phéniquée au dixième ou au vingtième en l'arrosant, par kilogrammes, au moyen de solutions titrées d'acide phénique dans l'alcool à 95° ; on laisse le tout ficelé pendant trois jours dans du taffetas gommé. La charpie rendue antiseptique par ces procédés ne laisse rien à désirer. La dépense pour purifier un kil. de charpie est de 0 fr. 10 centimes. Le montant des substances employées pour faire la préparation des diverses charpies aseptiques varie de 0 fr. 45 c. à 0 fr. 55 centimes par kilogramme. (Pour tous détails voy. *Journ. m. off., loc. cit.*)

II. Plus loin (dans l'avant-dernier alinéa de l'article auquel nous avons fait allusion) on lit : « Il est incontestable que nulle puissance ne possède une série aussi riche d'instruments de toute nature. *Les appareils à fracture sont entassés dans nos magasins*, et toute sécurité existe sur ce point. » C'est parfait, en vue des accidents de guerre à venir ; en attendant, il est profondément déplorable qu'en temps de paix la plupart des services chirurgicaux militaires des hôpitaux dits *mixtes* (qui existent en grande majorité en province) soient *presque complètement dépourvus de matériel chirurgical* ! Nous pourrions citer des hôpitaux de garnisons dont l'effectif est assez important (1500 hommes et au-dessus), qui ne possèdent aucun des instruments les plus nécessaires, soit à l'exploration, soit au traitement des malades : examen des organes de la vision, de l'audition, laryngoscopie, etc., sont autant d'opérations impossibles à pratiquer, faute d'instruments ; sondes uréthrales, boîtes de Béniqué, amygdalotomes, pulvérisateurs, thermocautère (parfois même de bons bistouris !) sont lettre morte dans ces établissements ! C'est la vérité exacte. Or, les conventions passées par l'administration de la guerre avec les hôpitaux ou hospices civils des localités, ne peuvent demander à ceux-ci que ce qu'ils ont, et le plus souvent ce n'est guère ! Nous croyons qu'il serait profitable, à la fois, à la bonne exécution du service et à l'intérêt des malades, de doter ces établissements d'un matériel rigoureusement nécessaire pour faire de saine chirurgie, dût-on pour cela dégarnir un peu les magasins « *où sont entassés les appareils* ! »

Veuillez agréer, etc. X.....

BIBLIOGRAPHIE

La pathologie des races humaines et le problème de la colonisation ; par le Dr Orgeas, ancien médecin de la marine, un volume in-8 de 424 pages. Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

L'auteur de ce travail s'est proposé de mettre en lumière un principe biologique qui n'a été que trop souvent méconnu jusqu'ici. Ce principe biologique, c'est le *non-cosmopolitisme de l'homme*. De même que le plus grand nombre des végétaux et des animaux, l'homme, le plus complexe des êtres vivants, n'est pas cosmopolite : il ne lui est pas permis de changer *impunément* de latitude et de climat. Suivant sa race, son habitat est circonscrit; hors de son milieu naturel, il ne peut vivre que dans certaines conditions de vie artificielle et il ne peut se reproduire indéfiniment. Tel est le principe biologique que l'auteur s'est efforcé d'établir et dont il a étudié les conséquences.

Les caractères physiques qui séparent les races humaines ont une raison d'être et constituent des conditions d'adaptation à leur milieu. Les caractères anthropologiques des races des climats tempérés ne sont pas en harmonie avec les climats torrides. Les différences physiques que présentent les races humaines déterminent des différences physiologiques et pathologiques qui constituent le point capital de la question coloniale.

L'auteur a étudié d'une manière complète la pathologie comparée des principales races humaines : Européens, arabes, nègres et métis, hindous, chinois et annamites, subissant l'influence d'un même climat et vivant dans un même milieu : la Guyane. Il a passé successivement en revue la pathologie de chaque race, en insistant particulièrement sur l'histoire de la fièvre jaune, sur l'impaludisme et sur la pathogénie de l'anémie tropicale dont il a mis en lumière le rôle capital. L'action de la haute température continue sur l'organisme de l'européen dont les caractères anthropologiques ne sont pas en harmonie avec les climats torrides, et l'immunité des races des climats torrides contre l'action de la haute température continue constituent deux questions de la plus haute importance au point

de vue physiologique et anthropologique. S'appuyant sur les travaux scientifiques les plus récents, l'auteur est entré, à ce sujet, dans de longs développements physiologiques; il a exposé une théorie originale et nouvelle de la pathogénie de l'anémie tropicale.

Le principe du non-cosmopolitisme de l'homme complique le problème de la colonisation. Ce principe joue un rôle immense dans les phénomènes biologiques généraux. Il a, au point de vue économique et sociologique, c'est-à-dire dans la pratique de la colonisation, des conséquences considérables dont l'auteur a abordé l'étude dans la deuxième partie de son travail.

Les principales questions anthropologiques qui constituent les éléments primordiaux du problème colonial ont été traitées dans cette deuxième partie. Les conditions de la vie des Européens dans les climats torrides, la colonisation européenne dans les divers climats, les conditions de la vie des races adaptées aux climats torrides, l'esclavage colonial, l'avenir des métis, le préjugé de couleur, le non-cosmopolitisme des races des climats torrides, la décadence de la population blanche dans les anciennes colonies à esclaves, le principe de la densité de la population européenne dans les colonies à climat torride, l'état actuel de la Cochinchine française, le rôle de la pathologie des races dans les grands faits de l'histoire, les variations des races humaines et la variabilité de l'homme, l'acclimatement, les troupes coloniales, l'avenir de l'Algérie, la conception scientifique des colonies, la politique coloniale, et d'autres sujets encore font l'objet d'autant de chapitres dans lesquels l'auteur a exposé ses idées et ses recherches.

L'unique but de ce travail est la recherche de la vérité scientifique. Cet ouvrage s'adresse à toutes les personnes possédant une culture scientifique générale, qui s'occupent de l'étude des questions fort complexes que soulève le phénomène de l'émigration et de la colonisation européenne.

Ces questions sont fort importantes de nos jours; elles se rattachent aux sciences médicales et les médecins ont le devoir de ne pas y rester étrangers. Ce livre se recommande à l'attention des sociologistes, des économistes, des administrateurs et des hommes politiques, mais il intéresse surtout les anthropologistes, les médecins et les hygiénistes.

VARIA

Obsèques de M. Béclard.

Les obsèques de M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, ont eu lieu samedi dernier à midi, au milieu d'un grand concours de notabilités, appartenant au monde scientifique et médical, et de délégués de Sociétés savantes.

La grande porte d'entrée donnant accès dans la cour d'honneur de la Faculté avait été tendue de draperies. La décoration de la façade principale de la Faculté était d'un imposant effet. Au pied du catafalque, beaucoup de bouquets et de couronnes dont quelques-unes portaient des inscriptions.

A onze heures et demie, la foule des invités était déjà considérable dans la cour d'honneur de la Faculté et dans les salles réservées aux délégations. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Berthelot, ministre de l'instruction publique, Liard, directeur de l'enseignement supérieur, Gréard, vice-recteur de l'Université, Brouardel, assesseur, Sappey, président de l'Académie de médecine, Peyron, directeur de l'Assistance publique et le président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique auquel M. Béclard appartenait. Derrière la famille avaient pris place : le Conseil supérieur de l'instruction publique, le Conseil général des Facultés, les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, de la Faculté des Sciences, de la Faculté de droit et de la Faculté des lettres de Paris, en robe, les élèves du laboratoire de M. Béclard, l'Académie de médecine, l'Ecole pratique, l'Association des médecins de la Seine, la Société d'anthropologie, la Société de biologie, l'Association générale des étudiants, bannière en tête, les étudiantes en médecine de la Faculté de médecine de Paris portant une superbe couronne, enfin une foule de médecins et d'étudiants, etc. Sur la tombe, des discours ont été prononcés par M. Lichtemberger, vice-président du Conseil supérieur des Facultés, remplaçant M. Gréard; par M. Mathias Duval, au nom de la Faculté de médecine; par M. Sappey, au nom de l'Académie de médecine; par M. le Dr Blanche, au nom de l'Association des médecins de la la Seine; par M. E. Reynal O' Connor, au nom des Facultés de médecine de Buenos-Ayres et Cordova (République Argentine) et des médecins de ce pays ; par M. Bourgogne, au nom de l'Association générale des étudiants de Paris ; par M. Laborde, au nom des élèves du laboratoire de physiologie; par M. Farabeuf, au nom de l'École Pratique; enfin par M. Magitot au nom de la Société d'anthropologie.

Congrès Français de Chirurgie.

La troisième session du Congrès français de Chirurgie se tiendra à Paris au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise) sous la présidence de M. le Pr Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses)*; — 2° *de la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive*; — 3° *des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement. (Opérations de Liétevant et d'Estlander. Indications, contre-indications et résultats définitifs.)* — 4° *De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes et de la prophylaxie.*

Extrait des statuts. — I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie. — III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation.

Extrait du règlement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire général et y joindre la somme de *vingt francs*. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session. — III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail. — S'adresser au secrétaire général, M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Circulaire relative à l'officiat de santé. (Session d'avril).

M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser, à la date du 8 février, la circulaire ci-dessous aux recteurs des diverses académies.

Monsieur le Recteur, le décret du 1er août 1883, relatif aux conditions d'études des officiers de santé, a été exécutoire à dater du 1er novembre de la même année pour les étudiants qui ont pris, à cette époque, la première inscription d'officiat. D'après cette prescription, l'article 7 du même décret, qui décide que la session d'avril est exclusivement réservée aux candidats ajournés à la session d'août précédent, ne sera applicable aux étudiants du nouveau régime, qui doivent justifier de douze inscriptions qu'à dater de la session d'avril 1888 ; il en sera de même pour les autres étudiants qui ont commencé leurs études sous un régime qui n'apportait aucune restriction au droit de se présenter à la session d'avril. Je vous prie de prendre les dispositions nécessaires pour cette mesure soit immédiatement portée à la connaissance de MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de médecine de votre ressort et à celle des intéressés. Recevez, Monsieur le Recteur, etc.

Manifestation des Etudiants en médecine de Marseille.

Les étudiants en médecine et pharmacie de Marseille, à la suite de mesures prises par M. le directeur des hospices de cette ville, viennent d'adresser aux journaux locaux une lettre dans laquelle ils énumèrent les griefs qu'ils ont à formuler contre le directeur en question : 1° Entraves apportées par lui aux études médicales; 2° suppression illégale du traitement des élèves des hôpitaux sans approbation de la commission administrative; 3° son insuffisance notoire; 4° son manque de tact. — Les étudiants ont demandé aussi une enquête sur l'emploi des fonds qui proviennent des bals donnés par eux et qui sont mis à la disposition de l'administration.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 21. — (Epreuve pratique), Médec. opér. : MM. Guyon, Farabeuf, Segond. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Potain, Fournier, Rendu.

MERCREDI 23. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Guyon, Farabeuf, Budin. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Fournier, Damaschino, Straus.

JEUDI 24. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Bouilly ; — (2e partie), 1re *Série :* MM. Cornil, Dieulafoy, Quinquaud ; — 2e *Série :* MM. Peter, Laboulbène, Troisier. 4e *de Doctorat,* 1re *Série :* MM. Brouardel, Grancher, Debove ; — 2e *Série :* MM. Ball, Proust, Hanót.

VENDREDI 25. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Lannelongue, Farabeuf, Reclus. — 1er *de Doctorat :* MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Trélat, Guyon, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Straus. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Hayem, Damachino, A. Robin.

SAMEDI 26. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série :* MM. Le Fort, Laboulbène, Pinard ; — 2e *Série :* MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Ball, Brouardel, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — M. Berbez. Hystérie et Traumatisme. — M. Frissard. Des troubles trophiques de la peau consécutifs à la paralysie infantile. — *Jeudi* 24. — M. Bach. Cure radicale des hernies inguinales congénitales. — M. Melick. Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités. — *Samedi* 26. — M. Motheau. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses. — Mme Merritt. Quelques recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein. — M. Laurent. Symptômes prémonitoires de la paralysie spinale aiguë infantile et de l'adulte. — M. Delalande. De l'artério-sclérose et de ses principales manifestations oculaires. — M. Charles. De l'antisepsie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Ses résultats (1885 et 1886).

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 28 février, à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 et le continuera tous les jours, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les éèlves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement pour la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition, on s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi 1/2 à 1 heure 1/2.

FORMULES

VIII. Traitement de la dyspepsie. (Dr H. HUCHARD).

Elixir de Garus	250 gr.
Eau distillée.	50 —
Acide chlorhydrique médicinal	2 — 50.
Chlorhydrate de cocaine	0 — 50.

Un verre à liqueur après chaque repas. (*Les Nouveaux remèdes*, 8 février 1887).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 février 1887 au samedi 12 février 1887, les naissances ont été au nombre de 1323, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 484 ; illégitimes, 201. Total, 685. — *Sexe féminin* : légitimes, 465 ; illégitimes, 173. Total, 638.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 février 1887 au samedi 12 février 1887, les décès ont été au nombre de 1073, savoir : 587 hommes et 486 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 8. T. 20. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 24, F. 8. T. 32. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 8, F. 9. T. 17. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 18, T. 39. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phthisie pulmonaire : M. 116, F. 82. T. 198. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 3. T. 12. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 34. T. 55. — Meningite simple : M. 26, F. 19. T. 45. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 16. T. 44. — Paralysie : M. 3, F. 1. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 9. T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 25. T. 49. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 22. T. 40. — Bronchite chronique : M. 27, F. 32. T. 59. — Broncho-Pneumonie : M. 17, F. 10. T. 27. — Pneumonie M. 32, F. 21. T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 13. T. 38. —Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 16. T. 28. — Autres gastro-entérite : M. 6, F. 1. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 18, T. 31. — Sénilité : M. 6, F. 11. T. 17. — Suicide : M. 5, F. 1. T. 6. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6. T. 13. —Autres causes de mort : M. 110. F. 84. T. 194. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 5. T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 16. Total : 49, — *Sexe féminin :* légitimes, 37 ; illégitimes, 9. Total : 46.

CONCOURS POUR LA SUPPLÉANCE DE LA CHAIRE D'HISTOIRE NATURELLE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Ce concours s'est ouvert à l'Ecole de pharmacie de Paris le mardi 15 février. La question écrite portant sur la zoologie a été : *Des Insectes vésicants.* La question pour l'épreuve orale de botanique (leçon de trois quarts d'heure) a été : *des Crucifères.* Epreuves pratiques de botanique : *Coupe d'une tige d'une Térébenthacée.* Epreuve pratique de zoologie : *Préparations histologiques sur le sang, les écailles et les branchies des Poissons.* Deux candidats seulement étaient en présence. Le jury comprenait pour l'Ecole de Nantes M. Bureau et M. Ménier ; les autres membres du jury étaient des professeurs de l'Ecole de pharmacie de Paris. Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que notre ami M. J. Douteau, licencié ès sciences, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux, a obtenu le plus grand nombre de points, après un brillant concours. (M. B.).

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le vendredi 18 février 1887, M. BUISINE, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, a soutenu, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Sorbonne, une thèse ayant pour titre : *Recherches sur la composition chimique du suint de mouton.* — M. GODARD, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences physiques, préparateur à la Faculté des sciences de Paris, a soutenu le 22 janvier 1887, devant la Faculté des Sciences de Paris, une thèse pour le Doctorat ès sciences physiques intitulée : *Sur la diffusion de la chaleur.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr VALUDE, chef de clinique de M. le prfoesseur Panas, a commencé les démonstrations d'optique physiologique à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Dupuytren, le jeudi 10 février 1887, à trois heures de l'après-midi ; il les continue les samedis et jeudis suivants, à la même heure. Les consultations, leçons et opérations de la clinique ophthalmologique ont lieu les lundis et vendredis à neuf heures et demie du matin et les exercices ophthalmologiques tous les mercredis.

M. PINARD, chargé du cours de clinique d'accouchement et de gynécologie, a commencé ses leçons de clinique obstétricale le mardi 15 février 1887, à neuf heures et demie du matin, et les continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le mardi et le samedi, leçons à l'amphithéâtre ; le jeudi, exercices cliniques et opératoires.

Exercices pratiques de médecine opératoire. — Ces exercices commenceront le mardi 15 mars 1887. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, qui doivent fournir un certificat pour prendre la seizième inscription. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits afférents à l'inscription de janvier 1887. 2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1886-87. Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits réglementaires (40 francs). 3° Les élèves obligés, les docteurs et les élèves non obligés autorisés, devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, du 28 février au 12 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. DANGEARD, docteur ès sciences, est nommé chef des travaux de botanique à la Faculté des sciences de Caen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — A été nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Besançon M. LAGARDE, docteur ès sciences.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. MARIE, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
La Chronique des hôpitaux.

EN VENTE

Aux Bureaux du *Progrès médical*

LEÇONS
SUR LES
MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Professées à la Salpêtrière

Par J.-M. CHARCOT

ET RECUEILLIES PAR

MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette.

Tome III, 2e fascicule.

Un vol. in-8 de 380 p. avec 64 fig. dans le texte. — Prix : 9 fr. ; pour nos abonnés, prix, 6 fr. — Ce fascicule *complète* le TOME TROISIÈME.

de Paris, est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux à ladite Faculté, en remplacement de M. Féré.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. COLLOT, docteur ès sciences, est nommé professeur de minéralogie et géologie à la Faculté des sciences de Dijon (chaire nouvelle).

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1887, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit cours.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS. — Modifications de statuts. Sont approuvés les nouveaux statuts de la Société de Biologie, ayant son siège à Paris (décret du 10 février).

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. BOURDIN, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur de la station agronomique, annexée à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Alexandre.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — La chaire de chimie à ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — A été nommé professeur de médecine expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Lyon M. ARLOING, agrégé, docteur ès sciences et professeur de physiologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MASSAL (Théophile), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, des fonctions d'aide de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Nègre, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. GANZINOTTY, docteur en médecine, est nommé préparateur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Devaux, démissionnaire.

A PROPOS DE LA CRÉATION D'UNE NOUVELLE CHAIRE DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT A LA FACULTÉ DE PARIS. — Le Conseil municipal de Paris a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant dans sa séance du 7 février : « Le conseil invite M. le Préfet de la Seine à s'opposer à la prise de possession par la Faculté de médecine de Paris, de l'Ecole de sages-femmes de la Maternité des hôpitaux de Paris (Voir ce que nous disions à ce propos dans notre avant-dernier numéro).

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — A été nommé professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris M. GUIGNARD, docteur ès sciences, pharmacien de première classe.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. DOMERGUE (Marie-Charles-Albert), pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. LAGUAITE (Adrien-Georges, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le professeur BROUARDEL vient d'être nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, en remplacement de M. Le Blond, décédé.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MARTIN, médecin de 1re classe du port de Rochefort, qui vient de succomber à Maroni. Il avait été prosecteur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. — M. le Dr BONAMY, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse. On lui doit, en collaboration avec Broca, un *Atlas* classique d'*Anatomie*. — M. le Dr POLLOSON (de Bourgoin). — M. le Dr BERNIER (de Brunchamel). — M. le Dr BERTRAND (d'Elbeuf). — M. le professeur HORNER (de Zurich). — M. le Dr DAGAND (d'Alby, Savoie) ; — M. le Dr CAMPARDON (de Paris).

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SERIE. T. V. N° 9. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 FÉVRIER 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

DOUZIÈME LEÇON (1).

Charbon et Immunité.

SOMMAIRE. — Le charbon comme moyen d'étude de l'immunité. — Influence de l'espèce, de l'âge, de la race ; immunité des moutons de race algérienne. — Etude de l'influence du nombre des agents virulents sur les effets de l'inoculation virulente. — Causes qui peuvent faire varier la réceptivité : expérience de la poule refroidie. — Théories de l'immunité conférée par une première atteinte : théorie de l'épuisement (Pasteur) ; théorie du contre-poison (Chauveau). Théorie de l'adaption des cellules de l'économie à la lutte contre les microbes. — Prétendu rôle bactériophage des leucocytes. — Notre ignorance finale de la cause de l'immunité.

Messieurs,

Le charbon a été la source de notions très instructives sur le problème de la réceptivité et de l'immunité dans les maladies infectieuses ; à ce point de vue encore, le charbon constitue la maladie d'étude par excellence.

Nous avons vu que la réceptivité des diverses espèces animales pour le charbon est fort variable ; que cette réceptivité, en ce qui concerne le charbon *inoculé*, est surtout accusée pour le mouton et la plupart des rongeurs, moindre pour le bœuf, plus faible encore pour les carnassiers et enfin pour les oiseaux et les animaux à sang froid. Mais il faut savoir que la réceptivité et l'immunité de telle ou telle espèce n'a rien d'absolu et que, pour la même espèce animale, elle peut varier selon diverses conditions, dont quelques-unes au moins sont bien connues.

L'âge est un des facteurs dont l'influence est le plus manifeste : ainsi, une culture atténuée de charbon qui est inoffensive pour les lapins et les cobayes adultes, tue les animaux plus jeunes ou nouveau-nés (Pasteur) ; le chien adulte est extrêmement réfractaire au charbon ; il l'est beaucoup moins dans le jeune âge (Toussaint).

L'alimentation paraît susceptible de jouer un certain rôle ; d'après Feser, les rats soumis à un régime carnassier seraient plus résistants au charbon que les autres ; néanmoins, j'ai réussi à communiquer le charbon à des rats nourris exclusivement de viande depuis plusieurs semaines.

Il a déjà été question de la grande résistance qu'offrent au charbon les oiseaux, surtout les poules. M. Pasteur inocule une poule avec une culture virulente de charbon et la plonge, le tiers du corps environ, dans de l'eau à 25° ; la température de l'animal qui est normalement de 42° s'abaisse, et la poule meurt au bout de trente à quarante-huit heures, le sang complètement envahi de bactéridies ; une poule normale, inoculée avec le même virus, ne présente aucun trouble et pas de trace de bactéridies (2). On a beaucoup attaqué cette expérience en objectant que le charbon peut être contracté par différents oiseaux, y compris la poule, sans abaissement préalable de la température ; c'est ce qui résulte notamment des expériences d'Œmler ; moi-même, j'ai pu, après un grand nombre d'inoculations infructueuses, donner le charbon à un *jeune* pigeon. Mais pour réussir dans ces conditions, il faut presque toujours s'adresser à des animaux jeunes, avoir recours à des inoculations réitérées et employer de grandes quantités de matières virulentes ; encore échoue-t-on souvent ; en usant de l'artifice imaginé par M. Pasteur, on réussit à coup sûr. De même, en élevant la température des grenouilles, on triomphe de leur résistance au charbon (P. Gibier). Ces faits montrent que l'immunité, quelque solide qu'elle paraisse, n'est pas une propriété immuable et qu'elle peut naître et disparaître sous l'influence d'agents modificateurs très simples.

Tous ceux qui ont expérimenté sur les rats ont pu s'assurer du fait suivant, que j'ai été souvent à même de constater ; c'est que l'on peut, un grand nombre de fois, leur inoculer sans résultat des matières charbonneuses ; puis, un beau jour, une inoculation de la même matière, en même quantité, leur communique le charbon ; rien n'indique pourquoi cette dernière inoculation a été efficace, pourquoi les inoculations antérieures ont été sans effet. Ces faits prouvent simplement que la réceptivité d'un même animal est variable à différents moments, sans que nous puissions trouver les raisons de ces variations. La pathologie humaine abonde en exemples du même genre.

M. Lœffler ayant constaté pareillement que des rats qui avaient supporté sans rien éprouver plusieurs inoculations successives de charbon pouvaient cependant succomber à une inoculation nouvelle, en avait conclu que le charbon est une maladie qui ne confère pas l'immunité (1). Ce n'est pas, selon moi, la conclusion qu'il en faut tirer : quand on inocule le charbon, sans résultat, à un chien, un oiseau ou un rat, on ne détermine chez cet animal, qui est à la limite de la résistance absolue, aucune affection charbonneuse ; les bactéridies ou les spores inoculées sont détruites, sans manifester aucun effet appréciable ; il en résulte que l'animal, à ce moment complètement réfractaire, ne subit même point un charbon très atténué, capable de lui conférer la moindre immunité ; la possibilité d'une infection ultérieure demeure donc tout entière. La même interprétation s'applique aux observations, dont il sera question plus loin, d'hommes atteints, à diverses reprises, de pustule maligne ; on ne saurait non plus les considérer comme des exemples de récidive véritable de la maladie charbonneuse ; tout se bornait, dans ces cas, à la pustule maligne et il n'y a pas eu infection générale de l'économie : l'accident, étant purement local, a été impuissant à donner l'immunité.

Pour une espèce animale donnée, il est des immunités de races ; l'exemple le plus connu et le mieux étudié à cet égard nous est fourni par les recherches de M. Chau.

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39 et 40 ; 1887, nos 3, 4 et 6.

(2) Pasteur, Joubert et Chamberland. *Sur le charbon des poules* (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, 1878, p. 253 et p. 737 ; *ibid.*, 1879, p. 1222).

(1) Lœffler. *Zur Immunitätsfrage* (*Mittheilungen aus dem k. Gesundheitsamte*, Bd. I, 1881, p. 161).

veau sur la résistance des moutons algériens au charbon bactéridien.

« On trouve, dit-il, sur le marché de Lyon un très grand nombre de moutons importés d'Algérie. Ce sont tous des animaux appartenant à la race dite *barbarine* pure ou croisée plus ou moins avec la race syrienne de moutons à grosse queue. J'ai fait acheter, en divers lots, 9 de ces animaux de provenance bien authentique; tous se sont montrés réfractaires à l'infection charbonneuse. L'inoculation a été réitérée jusqu'à deux fois chez l'un des sujets et trois fois sur presque tous les autres. Et pendant que ces animaux algériens résistaient, sans aucune exception, aux inoculations charbonneuses réitérées, les lapins et les moutons indigènes qui servaient de sujets de comparaison succombaient tous après une première inoculation » (1).

Ces expériences furent renouvelées par M. Chauveau en Algérie même, avec le même résultat. En tout, il inocula 12 moutons européens servant de témoins et 47 moutons algériens; 8 seulement de ces derniers ont succombé; 39 résistèrent à des inoculations réitérées; les 12 moutons de race européenne sont tous morts, après une seule inoculation.

Il fallait se demander si cette résistance des moutons algériens leur est simplement acquise par le séjour dans le milieu algérien (peut-être par l'absorption de bactéridies bénignes, mais douées de pouvoir vaccinal). Mais les races de moutons européens, par leur séjour et leur reproduction dans le milieu algérien, ne perdent pas l'aptitude à contracter le charbon. Un petit troupeau de mérinos vivait depuis une douzaine d'années en Algérie; les individus étaient pur-sang, sans croisement avec les moutons du pays; ils étaient de cinquième génération algérienne, bien acclimatés et imprégnés du milieu algérien; deux de ces moutons furent inoculés du charbon; tous deux succombèrent; les moutons de France ne contractent donc pas l'immunité par leur séjour en Algérie, et les moutons algériens ont une véritable immunité de race (2).

La résistance au charbon est un caractère très général, mais non absolu des moutons algériens. Des expériences très curieuses de M. Chauveau ont montré que cette immunité varie avec la *quantité* des agents virulents introduits dans l'économie. De simples piqûres cutanées avec une lancette chargée de virus charbonneux tuent généralement les moutons européens; elles sont sans effet appréciable sur les moutons d'Algérie. On pratiqua sur ces derniers une injection hypodermique de cinq gouttes d'une culture virulente de charbon; sur 4 animaux, on en fit périr un du charbon; en injectant une plus grande quantité de la même culture (20 gouttes), la mortalité augmenta; elle fut de 6 sur 16.

Ainsi, contrairement aux idées généralement admises, le nombre des agents virulents employés pour pratiquer les inoculations est capable d'exercer de l'influence sur les résultats de ces inoculations; de petites quantités de virus sont supportées et renforcent l'immunité; de grandes quantités tuent.

M. Chauveau put aussi vérifier l'exactitude de ce fait sur des animaux à grande réceptivité charbonneuse, sur des moutons européens. Dans ce but, il pratiqua chez ces animaux des injections intra-veineuses de sang charbonneux dilué avec de l'eau dans des proportions variables, de façon à ce qu'un centimètre cube de la dilution contenait un nombre de bactéridies variant de 50 à 1000. En injectant à des moutons français 1000 bactéridies, tous les animaux (au nombre de quatre) succombèrent au charbon; sur deux moutons auxquels on pratiqua une injection intra-veineuse de 600 bactéridies, un seul mourut, l'autre demeura sain; deux autres moutons à qui on injecta 50 et 100 bâtonnets demeurèrent également sains; mais ces animaux résistèrent six semaines plus tard à une inoculation sous-cutanée virulente mortelle pour des animaux non préparés. La réduction du nombre des agents virulents est donc susceptible d'atténuer les effets de l'inoculation de ces agents (1).

Récemment, M. Watson Cheyne a fait d'intéressantes recherches sur les effets produits par les agents virulents inoculés en quantité très petite; il a montré notamment que l'inoculation *d'une seule* bactéridie suffit pour donner le charbon mortel aux cochons d'Inde; il est vrai qu'il s'agit là d'un animal doué d'une réceptivité extrême pour le charbon (2).

Que devient la bactéridie charbonneuse chez les sujets qui résistent à son action destructive? Quelles modifications et quel sort subit cet agent dans ses caractères et dans ses propriétés? en un mot, quelle est l'action de l'organisme doué de l'immunité sur le microbe spécifique du charbon? Tels sont les problèmes que M. Chauveau a essayé de résoudre en utilisant l'immunité des moutons algériens. Il se servit de sujets dont la résistance naturelle avait été renforcée par un certain nombre d'inoculations préventives et poussée au maximum et il leur injecta dans les veines une notable quantité de sang charbonneux frais. On put ainsi assister à la lutte entre un organisme ultra-réfractaire et un nombre prodigieux d'agents infectants; 15 à 70 cent. cubes de sang charbonneux furent ainsi transfusés, soit à l'état naturel ou après défibrinisation; le nombre de bactéridies injectées était, en général, de 200 à 500 milliards; la plus faible dose s'élevait encore à 12 milliards. Les effets immédiats de la transfusion dans la veine jugulaire étaient de l'angoisse, une dyspnée intense et de la cyanose; un quart d'heure après la transfusion, on trouvait de rares bâtonnets dans le sang tiré de l'oreille, en nombre bien plus petit que celui qu'aurait donné un mélange régulier des bactéridies avec le sang de l'animal. Deux à six heures après, on n'en trouvait plus.

L'expérience fut faite sur huit moutons; un mourut du charbon très rapidement, en 16 heures; un autre, qui avait reçu 65 cent. cubes de sang charbonneux, mourut en 12 heures avec des bactéridies en petit nombre dans le sang; d'autres, au bout de 46 à 100 heures, avec de longues bactéridies dans les vaisseaux de la pie-mère et très peu dans les viscères (foie, rate, etc.). Deux sujets résistèrent et fournirent ultérieurement une excellente viande de boucherie (3).

— Les faits précédents sont intéressants, non seule-

(1) Chauveau. *De la prédisposition et de l'immunité pathologiques; influence de la provenance ou de la race sur l'aptitude des animaux de l'espèce ovine à contracter le sang de rate.* (*C. R. de l'Acad. des sc.* 1879, t. 89, p. 498).

(2) Chauveau. *Nature de l'immunité des moutons algériens contre le sang de rate. — Est-ce une aptitude de race?* (*Ibid.*, 1880, t. 91, p. 33).

(1) Chauveau. *Des causes qui peuvent faire varier les résultats de l'inoculation charbonneuse sur les moutons algériens. — Influence de la quantité des agents infectants* (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1880, t. 90; p. 1526). — *De l'atténuation des effets des inoculations virulentes par l'emploi de très petites quantités de virus* (*Ibid.*, 1881, t. 92, p. 510).

(2) Watson Cheyne. *A study of certain of the conditions of Infection* (*The British med. Journ.*, 1886, 31 juillet, p. 197.)

(3) Chauveau. *Etude expérimentale de l'action exercée sur l'agent infectieux par l'organisme des moutons plus ou moins réfractaires au sang de rate; ce qu'il advient des microbes spécifiques, introduits directement dans le courant circulatoire par transfusion massive de sang charbonneux* (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1880, t. 91, p. 680).

ment au point de vue particulier de l'histoire du charbon, mais encore à celui des théories générales que l'on a émises sur la nature même de l'immunité, qu'il s'agisse de l'immunité résultant d'une atteinte antérieure de la maladie ou bien de celle qui est l'attribut naturel de telle ou telle espèce ou de tel ou tel individu.

Pour ce qui est de l'immunité conférée par une première atteinte du mal, on connaît à cet égard la théorie célèbre de M. Pasteur, basée sur ses recherches sur le choléra des poules. Il a montré que les liquides qui ont servi à une première culture du microbe du choléra ne sont plus aptes à une nouvelle culture, par épuisement de certains principes nécessaires à la prolifération du microbe. Il rapprocha cet épuisement des milieux de culture, ainsi devenus inféconds, de ce qui se passe probablement dans l'organisme des poules auxquelles on a donné l'immunité contre le choléra par plusieurs inoculations préventives. Il pense qu'il leur manque aussi quelque chose qui est indispensable à la vie et à la multiplication du microbe. C'est ce qu'on a appelé la *théorie de l'épuisement*.

Une autre théorie a été émise, qui admet que la première atteinte de la maladie virulente donne naissance à une substance toxique pour le parasite et qui rend pour lui désormais l'organisme inhabitable; ces matières hostiles au microbe auraient des effets comparables à ceux que produit l'alcool engendré pendant la fermentation sur la levûre ou aux effets des phénols développés dans la putréfaction : toutes substances qui, accumulées en certaine quantité dans un milieu, y arrêtent la végétation et la vie des organismes inférieurs qui leur ont donné naissance. C'est la *théorie du contre-poison*. Elle a été surtout défendue par M. Chauveau et il invoque précisément à l'appui ses expériences sur l'efficacité de grandes quantités de virus charbonneux sur les moutons algériens, réfractaires à l'inoculation d'un petit nombre d'agents virulents. « Ces faits, dit-il, démontrent que la bactéridie se comporte dans l'organisme des moutons algériens, non pas comme si elle était privée des principes nécessaires à la vie bactéridienne, mais bien plutôt comme si c'était un milieu rendu impropre à cette dernière par la présence de substances nuisibles. En très petit nombre, les bactéridies sont arrêtées par l'influence inhibitrice de ces substances. Très nombreuses, au contraire, elles peuvent surmonter bien plus facilement cet obstacle à leur prolifération. »

L'une et l'autre de ces théories comportent de graves objections. On peut se demander comment une maladie extrêmement atténuée, comme l'est la vaccine, par exemple, ou le charbon mitigé, peut cependant spolier l'économie au point de le rendre désormais réfractaire à la variole ou au charbon virulent. Et, d'autre part, en admettant que cette spoliation se soit produite, on s'explique difficilement comment cette soustraction d'une substance chimique, qui se trouve à l'état normal dans les tissus, peut persister pendant de longues années ou pendant la vie entière, alors cependant que nos tissus sont soumis à une rénovation active et incessante. Voilà pour la théorie de l'épuisement; quant à celle du contre-poison, outre que ce poison hypothétique n'a jamais pu être mis en évidence, il est également incompréhensible qu'il ne finisse pas par s'éliminer.

L'insuffisance de ces explications chimiques n'avait, du reste, pas échappé à M. Pasteur qui, pour expliquer les faits d'immunité, se voyait conduit, en dernière analyse, à admettre « un effet de constitution, de *résistance vitale*... Certes, pour la poule, ce n'est pas vraisemblablement une matière nuisible à la vie de la bactéridie qui empêche celle-ci de proliférer, puisqu'il suffit de refroidir la poule pour qu'elle devienne charbonneuse » (1). M. le professeur Bouchard formule une conception analogue de l'immunité ; pour lui aussi, « la modification chimique imprimée à l'organisme par la maladie vaccinale s'est accompagnée d'une modification dynamique; à côté de l'altération purement chimique des humeurs, il y a aussi une altération fonctionnelle de la nutrition qui assure la persistance de l'état nouveau créé par la maladie » (2).

Ces interprétations de l'immunité qu'on pourrait appeler vitalistes, par opposition aux interprétations chimiques résumées ci-dessus, ont été surtout formulées d'une façon précise par M. Gravitz et M. Metschnikoff (d'Odessa). Pour ces auteurs, l'immunité consisterait en un pouvoir de résistance ou d'adaptation (Anpassung) plus grand des cellules des tissus qui les rendrait plus aptes à la « lutte » contre les microbes. M. Metschnikoff, en se basant sur des expériences en apparence très séduisantes, a été conduit à regarder les leucocytes du sang comme étant précisément les éléments histologiques à qui ce rôle défensif est dévolu. On sait que les grenouilles, à la température ordinaire, sont à peu près réfractaires au charbon; en plaçant un fragment de tissu charbonneux sous la peau de grenouilles, il a constaté que les leucocytes qui s'accumulent autour de ce fragment et le pénètrent renferment fréquemment dans leur intérieur des bactéridies et que celles-ci sont « dévorées et graduellement digérées » par le protoplasma des cellules blanches. De là, le nom de « cellules voraces » (phagocytes) que M. Metschnikoff leur applique. Si, comme dans l'expérience de M. Gibier, on vient à élever la température de la grenouille, celle-ci perd son immunité et contracte le charbon; dans ce cas, les leucocytes du sang auraient perdu la propriété de déglutir et de détruire les bacilles. De même, si on inocule à un lapin un virus charbonneux atténué, on constaterait que les leucocytes du sang seraient chargés de bactéridies, fait qui ne se produit point si l'on inocule l'animal avec une culture virulente (3).

De là, une théorie très simple de l'immunité : les bactéridies atténuées ne sont pas virulentes, parce qu'elles se laissent dévorer par les leucocytes; les bactéridies non mitigées sont virulentes parce que les leucocytes ne peuvent rien sur elles ; elles secréteraient « un principe spécial, un poison, qui empêche la pénétration du bacille virulent dans le protoplasma du leucocyte ». L'immunité conférée par les inoculations préventives, à l'aide de virus atténués, résulterait, pour M. Metschnikoff, de ce fait que les leucocytes habitués à la lutte contre les bacilles par leur conflit victorieux avec les microbes atténués, affaiblis, seraient graduellement mis en état de déglutir et de digérer les microbes virulents eux-mêmes.

Cette théorie est faite pour séduire par sa simplicité ; malheureusement, les faits sur lesquels elle repose sont peu certains ou susceptibles d'une autre interprétation. Aucun de ceux qui ont examiné le sang d'animaux inoculés avec des virus charbonneux atténués n'a

(1) Pasteur et Chamberland. *Sur la non-récidive de l'affection charbonneuse* (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1880, t. 91, p. 531).

(2) Bouchard (Ch.), cité d'après Dubreuilh (W.) : *Des immunités morbides*, thèse d'agrégation, Paris, 1886, p. 190. — Cette thèse est un excellent exposé de l'état actuel de nos connaissances sur l'immunité dans les maladies infectieuses.

(3) Metschnikoff. *Ueber die Beziehung der Phagocyten zu Milzbrandbacillen* (*Virchow's Arch.* 1884, t. 97, p. 502.)

pu constater dans ce sang la présence de leucocytes bacillifères. D'autre part, comme le fait justement remarquer M. Baumgarten, il existe un certain nombre de maladies infectieuses où les leucocytes renferment en abondance les microbes pathogènes, sans que la maladie pour cela cesse d'être mortelle ; tel est le cas de la septicémie des souris. Du reste, les résultats des expériences de M. Fodor et celles de M. Wyssokowitsch déposent nettement contre la théorie qui nous occupe ; ces auteurs ont injecté dans le sang de divers animaux des quantités variables, parfois très grandes, de divers microbes, pathogènes ou non pathogènes ; « jamais on ne put s'assurer de la pénétration et de la présence de bactéries dans les leucocytes » (1). La propriété bactériophage des leucocytes ne saurait donc être invoquée comme donnant l'interprétation de l'immunité. En somme, presque tout reste encore à faire dans cette direction, et, malgré les efforts tentés, le problème subsiste tout entier. (*A suivre*).

PATHOLOGIE NERVEUSE

La Paralysie de l'isthme de Panama.

Béribéri — Kakké.

Par **Pierre MARIE.**

A différentes reprises, M. le professeur Charcot m'avait raconté qu'il avait été consulté par des malades revenant de Panama avec une paralysie des membres inférieurs assez singulière ; cette paraplégie qui avait un peu embarrassé les médecins auxquels s'étaient adressés ces malades n'était, d'après M. Charcot, autre chose qu'une manifestation de l'affection encore mal connue en Europe et désignée aux Indes sous le nom de *Béribéri*, au Japon sous celui de *Kakké*. M. Hutinel m'avait dit aussi avoir observé un cas du même genre.

Tout récemment j'ai été à même d'examiner un malade atteint, comme les précédents, d'une paralysie des membres inférieurs après un séjour de quelques semaines dans l'isthme de Panama, et j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait bien là d'un cas de béribéri.

Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler brièvement les principaux traits du tableau clinique du béribéri. Comme nous l'avons déjà fait pour un travail antérieur (2), nous emprunterons à la monographie de Scheube (3) les passages contenant des renseignements précis sur la nature et l'aspect des accidents paralytiques propres au béribéri.

« Les troubles de la motilité (page 63 et suivantes) débutent toujours par les membres inférieurs, se propagent quelquefois aux supérieurs, présentent des degrés très divers. — Les articulations des genoux, les jambes, les pieds semblent aux malades affectés d'une laxité particulière, et souvent pendant la marche leurs genoux fléchissent; quelquefois ces symptômes se produisent d'une façon plus accentuée, lorsque les malades sont restés pendant quelque temps avec les jambes pliées sous eux (position propre aux Japonais); mais la marche des malades ne présente objectivement rien d'anormal dans les formes légères. Dans les formes plus accentuées, leur démarche devient tout à fait spéciale, elle est mal assurée et se fait par soubresauts ; la plante du pied ne quitte pas le sol progressivement, à la façon ordinaire, mais le pied est soulevé d'un seul coup, puis posé de nouveau, le plus souvent en frappant le sol (*stampfend*); les pas sont généralement petits, les jambes sont écartées, les pointes des pieds tournées, tantôt en dehors, tantôt en dedans, tantôt droites, suivant l'habitude du malade ; quelquefois on constate un léger tremblement des jambes ; le plus souvent, les malades ne peuvent retenir leurs sandales avec leurs orteils. Aux extrémités supérieures, comme aux inférieures, ce sont les muscles extenseurs qui sont de beaucoup les plus atteints ; aussi lorsque les pieds sont en varus équin, ce n'est pas par suite d'une contracture des muscles des mollets, comme le prétend Simmons, mais simplement par l'effet de la pesanteur; enfin, dans le degré le plus accentué de la paralysie, les malades ne peuvent littéralement plus remuer ; les muscles de l'abdomen eux-mêmes sont paralysés (d'où constipation); quelquefois, mais rarement, la paralysie est plus accentuée ou même est limitée dans un seul côté du corps. On peut aussi observer des paralysies dans le territoire des nerfs crâniens (facial, glossopharyngien, pneumogastrique, hypoglosse.)

Je n'ai pas constaté d'ataxie, mais j'ai observé plusieurs fois des oscillations, lorsque les yeux étaient fermés, même dans des cas où on ne pouvait, à ce moment, constater aucun trouble de la sensibilité. Fréquemment il y a des contractions musculaires douloureuses, survenant ordinairement à l'occasion des mouvements actifs ou passifs.

Dans un petit nombre de cas, qui tous appartenaient à la forme atrophique, j'ai observé une *contracture* (1) des muscles du mollet qui s'était développée plusieurs mois après le début de l'affection, chez des malades confinés au lit par suite de leur paralysie ; dans ce cas, la marche est très différente ; elle se fait sur la pointe du pied, les talons ne touchant pas le sol. Il y a souvent des crampes douloureuses dans les muscles des mollets, survenant surtout la nuit, c'est même là fréquemment un symptôme de début, le tremblement, les secousses dans les extrémités, sont des phénomènes rares. Les contractions fibrillaires des muscles sont fréquentes.

L'excitabilité faradique des muscles et des nerfs décroît plus rapidement encore que la galvanique et disparaît même assez souvent. Dans certains cas, les muscles réagissent encore un peu, alors que les nerfs se montrent tout à fait inexcitables. On peut voir les muscles recouvrer en grande partie leurs fonctions volontaires, avant que leur excitabilité électrique se soit améliorée.

La diminution de la sensibilité est un phénomène constant de la kak-ke, tantôt très étendue, tantôt tout à fait limitée en un point des membres inférieurs, survient soit avant, soit après les paralysies ; c'est surtout la sensibilité tactile et le sens de position et de pression qui sont diminués. Dans les cas un peu avancés, il y a des douleurs à la pression sur les troncs nerveux et les masses musculaires. Les réflexes cutanés sont généralement normaux; dans quelques cas rares, ils ont été trouvés augmentés.

Chez un tiers environ de mes malades, le réflexe rotulien faisait défaut ; il n'existait chez aucun de ceux qui présentaient un état paralytique un peu accentué ; fréquemment, on constatait la perte du réflexe rotulien plusieurs jours avant le début de l'affection, et cette perte subsistait même après que tous les autres symptômes avaient déjà disparu depuis plusieurs mois; dans aucun cas, on n'a observé une exagération pathologique du réflexe rotulien.

Chez tous les malades atteints de paralysie, quel qu'en soit le degré, on constate une notable atrophie des muscles ; cette atrophie est plus accentuée aux membres inférieurs et généralement aux mollets; les muscles atrophiés sont relâchés et mous presque comme de la ouate, sauf les muscles du mollet, qui présentent souvent une induration toute particulière déjà entrevue par Anderson.

La couche adipeuse sous-cutanée des membres inférieurs s'atrophie d'une façon analogue, et même, dans les cas de paralysie très accentuée, il y a une atrophie de la peau des extrémités; celle-ci est sèche, rugueuse, couverte d'une desquamation furfuracée, et son élasticité est très diminuée. Il n'existe pas de troubles vaso-moteurs notables.

(1) Cité d'après Baumgarten. *Lehrbuch der pathologischen Mykologie*, erstes Heft, 1886, p. 93.

(2) P. Marie. — *Lathyrisme et Béribéri* (27 janvier et 3 février 1883, *Progrès médical*).

(3) B. Scheube. — *Die Japanische Kak-Ke (Beri-Beri)*. — Gr. in-8°. Hirschfeld. — Leipzig, 1882.

(1) Il s'agit ici probablement de *rétractions tendineuses*, analogues à celles qui se voient dans d'autres névrites périphériques, dans la paralysie alcoolique, par exemple.

Au point de vue de la miction, dans un cas il y eut rétention d'urine nécessitant l'emploi de la sonde ; quatre-vingt-dix-neuf fois ténesme vésical. Diminution de la puissance génitale, et, dans les cas très accentués, abolition de cette fonction. La terminaison la plus fréquente est la guérison; dans un certain nombre de cas, cette guérison n'est pas complète, et le malade peut n'être plus en état de travailler. Il n'y a aucun symptôme laryngé, mais l'accélération du pouls, les troubles trophiques du cœur, les vomissements fréquents dans la période terminale pourraient peut-être être rapportés à une névrite du pneumogastrique.

Tel est l'aspect du béribéri à forme *paralytique*. Il ne faut pas oublier que suivant l'existence d'un degré plus ou moins prononcé d'œdème, il existe aussi une forme *hydropique*, et une forme *mixte*, quand les deux variétés de symptômes, paralysie et hydropisie, viennent à coexister, ainsi que c'était le cas chez notre malade dont voici l'observation :

M. X..., 37 ans. — Fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Congestion pulmonaire à l'âge de 34 ans, ayant présenté une intensité assez grande. Pas d'attaques de goutte, quelques migraines avec céphalalgie au niveau de la bosse occipitale droite, mais ne se montrant guère que tous les deux mois. Pas d'affection vénérienne antérieure, pas le moindre excès alcoolique. En résumé, bonne santé avant le début de la maladie actuelle. Pas d'antécédents héréditaires.

M. X... partit de Saint-Nazaire pour Colon, le 10 août 1886, arriva le 29 août. A partir de ce moment, il se livra à l'exercice de sa profession dans la ville de Colon et les environs et eut notamment plusieurs fois l'occasion d'aller à Fox-River et à Monkey-Hill (localité où fonctionnent, paraît-il, un certain nombre de dragues et qui passe pour très malsaine.)

A partir du 20 au 25 septembre, M. X... s'aperçut qu'il devenait faible et que sa santé déclinait de jour en jour, quoiqu'il n'éprouvât aucun symptôme particulier pouvant faire localiser dans tel ou tel organe l'affection dont il était atteint. Le médecin qui le vit parla d'une anémie profonde. Il n'était alors question de rien autre chose. Le malade se sentait très faible, et dans les derniers jours qu'il passa à Colon, il lui arriva plusieurs fois de s'évanouir.

A cette époque, le ventre du malade enfla d'une façon assez notable et devint le siège d'un épanchement qui semble n'avoir pas été très considérable. A ce moment aussi, M. X... aurait remarqué très nettement l'existence d'une anesthésie cutanée au niveau de l'abdomen occupant la largeur des deux mains environ, aux environs de la région ombilicale et un peu au-dessous. Ce dernier phénomène a depuis complètement disparu.

Il dut quitter le pays et s'embarqua, le 11 novembre 1886, dès la veille de son départ il remarqua une éruption assez abondante de purpura sur les deux pieds, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au milieu des mollets.

Le deuxième ou troisième jour de la traversée, apparut un œdème des jambes assez prononcé, remontant environ jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Pendant toute cette époque, le malade n'eut aucune douleur. Jusqu'alors il avait éprouvé une faiblesse générale, mais nullement localisée d'une façon spéciale dans les membres inférieurs.

Le 22 novembre au matin, étant dans sa cabine, lorsqu'il voulut se lever de son lit, il s'aperçut, avec la plus grande surprise, que ses deux jambes étaient paralysées, il n'avait rien éprouvé qui pût le prévenir de cet état; aussi lorsqu'il voulut se lever, tomba-t-il sur le plancher, par suite de cette faiblesse des jambes.

A ce moment, ni depuis, aucun trouble marqué du côté de la miction, sinon que le malade est quelquefois obligé de pousser un peu et d'attendre quelques instants pour uriner.

Dans les premiers jours qui suivirent le début de la paralysie, M. X... ne pouvait même pas soulever ses jambes étant couché sur son lit; quand il voulait essayer de marcher en se soutenant aux bras de deux personnes, il se rendait compte que ses pieds tournaient et qu'il s'appuyait non pas sur leur face plantaire, mais le plus souvent sur leur bord externe « les pieds avaient, dit-il, une laxité particulière. » Quand il voulait monter sur une marche, même peu haute, il ne pouvait lever sa jambe, il fallait qu'on la lui soulevât.

Sept ou huit jours après le début de la paralysie des membres inférieurs, le malade remarqua une faiblesse très marquée des pouces des deux mains; ceux-ci retombaient sans qu'il pût les relever, et de plus les mouvements de flexion et d'opposition semblent avoir été un peu atteints, car le malade éprouvait une difficulté marquée à écrire, et il lui était presque impossible de tenir un verre ou quelque autre objet un peu lourd à la main; les autres muscles des doigts et du bras n'ont pas été atteints. Cette faiblesse des pouces n'a d'ailleurs duré que quinze jours environ; à aucun moment, elle ne s'est accompagnée de troubles de la sensibilité.

Pendant un certain temps, le malade a remarqué que la pression sur les masses musculaires était un peu douloureuse, mais jamais il n'a éprouvé de douleurs spontanées dans les jambes, non plus que des fourmillements ni de l'engourdissement dans les membres paralysés. Il existait seulement une plaque d'hypéresthésie à la partie inférieure de la jambe gauche, dont on retrouve encore des traces actuellement.

Au moment où il a quitté Colon, il a eu, à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours, des vomissements, non d'une façon continue, mais avec plusieurs jours d'intervalle. A la même époque, il a éprouvé des sensations anormales au niveau de la région précordiale « il lui semblait que son cœur ballottait dans une poche pleine d'eau. » — Le nombre des pulsations n'a pas été pris à cette époque ; actuellement (16 janvier 1887), il est de 88 (1).

La paralysie des jambes a commencé à s'améliorer vers le 25 décembre et depuis cette époque les progrès ont été très sensibles.

Etat actuel : Les cuisses n'ont éprouvé de diminution de volume notable qu'à un travers de main au-dessus du genou; la circonférence, à ce niveau, est de 38c,5; mais, toute la musculature de la cuisse est notablement flasque; vergetures très nettes au niveau de la face antéro-interne des deux genoux. Les mollets sont un peu atrophiés et flasques; circonférence maxima, à gauche, 30; à droite, 31. Le groupe musculaire antéro-externe est un peu aplati aux deux jambes; lorsque le malade est assis sur son lit, les pieds pendants, on voit que les pointes ont une certaine tendance à tomber; les gros orteils sont sur un plan notablement inférieur à celui des autres orteils. La pointe du pied a de plus une tendance marquée à se porter en dedans; de telle sorte que le bord externe du pied se trouve plus bas que le bord interne, et que la face antéro-externe du pied se porte en avant.

Flexion de la cuisse sur le bassin, forte, quoique un peu affaiblie, notablement moins forte à gauche. Extension normale; adduction et abduction des cuisses normales.

L'extension de la jambe sur la cuisse qui, il y a dix jours, était faible, se trouve actuellement presque normale; flexion de la jambe sur la cuisse très affaiblie, le mouvement s'exécute bien, mais la résistance au mouvement passif est faible.

Le pied peut être relevé (*flexion dorsale*) avec une certaine force, mais c'est surtout et presque exclusivement dans ce cas, le jambier antérieur qui se contracte et un peu l'extenseur commun des orteils. Les péroniers agissent très peu, aussi le pied n'est alors relevé que par son bord interne, et prend une position très marquée en varus. Les gros orteils ne peuvent, pour ainsi dire, pas être relevés; les autres orteils le sont assez bien, surtout ceux de droite. En somme, ce sont les muscles péroniers et long extenseur du gros orteil qui font défaut de la façon la plus manifeste.

L'action des jumeaux, quoique un peu affaiblie, surtout à gauche, est assez bien conservée. La flexion des gros orteils est faible; celle des autres orteils l'est aussi, mais un peu moins. Les mouvements dus aux interosseux ne semblent pas tout à fait normaux.

---

(1) Dans le béri-béri, il y a ordinairement des modifications dans le rhythme des pulsations artérielles, ainsi qu'en témoigne le passage suivant de Scheube (1880). « Le pouls est ordinairement (en l'absence de fièvre), plus ou moins accéléré, même dans les cas dans lesquels manque tout symptôme subjectif du côté du cœur... La fréquence du pouls oscille ordinairement entre 80 et 100. »

*

Aux membres supérieurs, il subsiste une certaine faiblesse, peu marquée d'ailleurs, du mouvement d'extension des pouces, surtout à gauche ; l'extension des autres doigts est normale, ainsi que la flexion et l'opposition des pouces.

Rien du côté des muscles abdominaux, constipation légère (elle existe d'ailleurs dans l'état de santé). Pas d'ascite.

Le réflexe abdominal est normal, le réflexe crématérien existe mais un peu faible, le réflexe rotulien manque absolument des deux côtés, même en faisant usage du procédé de Jendrassik. Le réflexe plantaire est bien marqué des deux côtés.

La contraction idio-musculaire par la percussion directe des muscles des jambes existe mais faible, elle paraît en somme diminuée.

La sensibilité cutanée est à peu près normale, cependant au niveau de la partie inférieure des jambes il y a peut-être une très légère diminution et en tous cas un peu de retard des sensations.

La notion de position des jambes est parfaitement conservée, les moindres attouchements sont parfaitement perçus.

Pas de troubles vasomoteurs, pas d'œdème. Réflexe pupillaire normal, pas de paralysie oculaire.

Il y a dix jours, le malade éprouvait une grande difficulté et presque de l'impossibilité pour marcher (nécessité d'être soutenu par deux personnes), la jambe était alors projetée en avant, la pointe du pied tombante, le pied frappant le sol, en un mot avec l'aspect le plus complet du steppage. Actuellement, 16 janvier, la marche s'est améliorée, quoiqu'elle soit encore fort imparfaite, le malade peut se promener un peu dans sa chambre avec deux béquilles, le pied ne tourne presque plus, le steppage a presque entièrement disparu ; grâce à la contraction énergique du jambier antérieur la pointe du pied n'est que médiocrement tombante et le gros ortoil ne frotte pas trop contre le sol; mais l'usage des béquilles est encore absolument nécessaire.

L'électrisation faradique ne donne de contraction que dans le jambier antérieur (5 centimètres) plus forte à gauche qu'à droite et plus faible qu'à l'état normal. Très légère contraction dans les jumeaux, 2 cent. et aussi dans les extenseurs communs des doigts.

Rien par les nerfs. Rien dans les autres muscles de la jambe et même de la cuisse (triceps — adducteurs — fléchisseurs).

M. Vigouroux qui a eu l'occasion d'examiner électriquement ce malade m'a dit avoir très nettement constaté les signes de la réaction de dégénération sur plusieurs muscles des membres inférieurs. Voici du reste quelques-uns des résultats qu'a donnés à M. Vigouroux l'examen galvanique : Vaste interne, vaste externe et extenseur commun des orteils, A S seul. — Extenseur propre du gros orteil, K S > A S à droite.— Long péronier latéral, K S = A S à dr., K S < A S à g. Jumeaux K S = A S. — Pédieux K S > A S. — L'extrême sensibilité du malade n'a pas permis de noter l'intensité du courant, cette intensité était grande et les oscillations de l'aiguille très lentes.

En résumé, un homme jusqu'alors d'une bonne santé, commence, après un séjour d'un mois dans l'isthme de Panama, à se sentir fatigué, un mois ou six semaines plus tard il présente de l'ascite, puis de l'œdème des jambes et enfin une paralysie subite ou presque subite des membres inférieurs ; quelques jours après, se montre aux membres supérieurs une parésie des mains ayant d'ailleurs bientôt rétrocédé. Quant à la paralysie des jambes elle atteint un peu les muscles de la cuisse (extension, flexion), mais surtout ceux du groupe antéro-externe de la jambe, avec prédominance sur les péroniers et le long extenseur du gros orteil ; d'où l'aspect tombant du pied, le steppage. Abolition des réflexes tendineux. Légers troubles de la sensibilité. Diminution de l'excitabilité électrique et réaction de dégénération pour certains muscles.

On le voit, ce tableau répond bien à celui qui a été fait plus haut du bériberi, et s'il en diffère par quelques traits, ce n'est là qu'une simple apparence. Le début subit ou presque subit ne semble pas en effet tout d'abord s'accorder avec la description que donne Scheube de la Kak-ké, mais dans une autre partie de son mémoire (p. 24) cet auteur dit textuellement : « dans d'autres cas la paralysie se développe rapidement, en peu de jours, et même on peut la voir débuter d'une façon tout à fait brusque » et il raconte l'histoire d'un homme qui, voulant se lever la nuit en fut, à son grand étonnement, empêché par la paralysie des jambes survenue d'une façon tout à fait inopinée. — On pourrait encore s'étonner qu'une affection telle que le béri-béri ait pu survenir après un séjour aussi court dans l'isthme (10 semaines environ), mais c'est là un fait qui a été constaté par d'autres observateurs, et Reaucar (1), notamment, dit avoir remarqué que le béri-béri frappe surtout les *nouveau-venus*. — Reste enfin une question fort intéressante, au point de vue de la géographie médicale : le béri-béri est-il endémique dans l'isthme de Panama ? — Les auteurs que nous avons consultés à ce sujet ne fournissent aucun renseignement, tous insistent sur la fréquence de cette affection en Asie, mais quelques-uns, cependant, tels que Burel (2) et Hémeury (3) en signalent aussi l'existence dans l'Amérique du Sud, le premier parle de sa présence entre San Salvador et Montevideo, le second a observé lui-même le béri-béri à Cayenne dans la Guyane française. Etant donnés les cas observés par M. Charcot et celui dont nous venons de rapporter l'histoire, il nous paraît de toute évidence que l'endémicité du béri-béri dans l'isthme de Panama doive être admise sans conteste. Mais pour ce qui est de savoir depuis quand cette affection y existe, quelle y est sa fréquence, ce sont là des questions que seul un médecin résidant à Panama nous semble pouvoir résoudre.

(1) E. Reaucar. — *Le béri-béri à Poulo-Condore.* — Thèse de Paris, 1886.

(2) Burel. — *Etude sur l'étiologie de la pathogénie du béri-béri.* — Thèse de Paris, 1883.

(3) A. Hémeury. — *Etudes sur le béri-béri observé à l'hôpital de Cayenne en* 1876. — Thèse de Paris, 1879.

Association générale des médecins de France. — *Vingt-septième assemblée générale annuelle* (Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria). — Ordre du jour de la séance du dimanche 17 avril 1887. La Séance sera ouverte à deux heures et demie. 1° Allocution du Président ; 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. De Ranse, membre du Conseil général ; 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'association générale pendant l'année 1886, par M. Foville, secrétaire général ; 5° Première partie du rapport de M. Bucquoy sur les pensions viagères à accorder en 1887. A sept heures précises, banquet dans les salons de l'hôtel Continental. — Ordre du jour de la séance du lundi 18 avril 1887. La séance sera ouverte à deux heures et demie. 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° Deuxième partie du rapport de M. Bucquoy, sur les pensions viagères à accorder en 1887. Discussion et vote des propositions ; 4° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1888 ; 5° Renouvellement partiel du Conseil général : Membres du conseil à renouveler : MM. Gallard, décédé, Burdel, Peter, Denucé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice (Les membres du conseil sont rééligibles) ; 6° Examen du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine présenté par le gouvernement, étude par M. le Dr Riant, membre du Conseil général ; 7° Propositions et vœux soumis par les Sociétés locales à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1888.

Nouveaux journaux. — Un nouveau journal médical vient de paraître en France; c'est la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, dirigée par M. Huchard ; il doit paraître tous les jeudis.

PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(Collection Bourneville).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique.* Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV 99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75 — Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville ;— Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (no 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (no 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique vélin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50 ; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584) Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr 50 — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs Legué et G. de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parcheminé 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr. — Papier Japon prix : 25 fr. ; pour nos abonnés · 20 fr.

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'auto-intoxication dans les maladies.

Une impulsion féconde anime la médecine contemporaine ; à l'étude analytique des symptômes et des lésions succède un véritable engouement pour la pathogénie. Les enseignements de la clinique la plus judicieuse, de l'anatomie pathologique la plus perfectionnée, ne nous suffisent plus ; nous voulons savoir le *pourquoi* et le *comment* des maladies. Cette préoccupation générale est la marque du progrès des sciences médicales, et c'est avec conviction qu'on répète le mot du professeur Bouchard : *Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre, quand on s'intéresse aux choses de la médecine.*

Le beau livre, les *Auto-intoxications dans les maladïes* (1), après son aîné, les *Maladies par ralentissement de la nutrition* (2), vient rappeler au public médical la part que l'auteur a prise dans le mouvement scientifique de ce dernier quart de siècle. Après avoir, dans son premier volume, dégagé les diathèses du *nuage mystique* qui les voilait pour les rendre *physiologiquement intelligibles*, M Bouchard nous révèle aujourd'hui des processus pathogéniques non moins importants et non moins obscurs. La portée des recherches qu'il a entreprises est grande ; elle entrainera peut-être, dans un avenir prochain, une thérapeutique et une prophylaxie nouvelles. Nous croyons donc utile d'indiquer les grandes lignes de ces travaux qui font tant d'honneur à notre pays.

Le rôle de l'auto-intoxication dans les maladies avait été jusqu'à présent laissé dans l'ombre, et c'est une question nouvelle que M. Bouchard aura contribué à élucider. L'homme malade, et même l'homme sain, est un réceptacle et un laboratoire de poisons. Ces poisons dérivent de l'alimentation, de la désassimilation, des sécrétions, de l'élaboration opérée par les microbes qui habitent normalement le tube digestif. Pourquoi l'homme, qui fabrique incessamment des poisons, n'est-il pas empoisonné ? C'est qu'il est protégé par le foie et par les émonctoires ; le foie arrête au passage, avant qu'ils ne pénètrent dans la circulation générale, les matières toxiques puisées dans l'intestin par la veine-porte, les neutralise ou les rejette dans l'intestin ; le rein joue un rôle de protection encore plus grand ; il élimine une foule de poisons qui, lorsqu'ils ne peuvent s'échapper par cet émonctoire, entrainent fatalement la mort.

Rappelons que M. Bouchard a pu démontrer, dans l'urine, la présence de sept substances toxiques : une substance diurétique, une narcotique, une sialogène, une qui contracte la pupille, une hypothermisante, deux substances convulsivantes. D'après ses recherches, un kilogramme de sang vivant contient, dans son plasma, assez de poison pour tuer plus de 1.250 grammes de matière vivante ; de sorte que l'homme mourrait empoisonné si son sang venait à contenir dix fois plus de poison qu'il n'en renferme à l'état normal. Parmi les sécrétions, la bile est toxique, surtout par sa matière colorante ; le tube digestif qui contient la potasse des aliments, la bile, les produits des putréfactions intestinales, est une source abondante de poisons. M. Bouchard a montré que la toxicité des matières fécales était due à la potasse, à l'ammoniaque et aux alcaloïdes ; par l'antisepsie intestinale, qui fait disparaître les alcaloïdes des matières fécales et des urines, il diminue la toxicité de ces deux produits d'excrétion. L'urémie, la plus importante de toutes les intoxications, est due à des poisons multiples qui collaborent à la toxicité générale dans les proportions suivantes : matières colorantes, 3/10 ; matières extractives, 1 à 2/10 ; potasse et matières minérales, 4 à 5/10. La connaissance de la multiplicité des agents toxiques permet de comprendre, suivant que prédomine tel ou tel d'entre eux, les formes multiples que peut revêtir l'urémie (convulsive et comateuse) et l'apparition de certains symptômes spéciaux (hypothermie, contraction pupillaire). On voit que le côté pratique découle immédiatement des recherches expérimentales de M. Bouchard ; tout à l'heure, c'était la valeur de l'antisepsie intestinale qui était mise en relief ; maintenant c'est la clinique de l'urémie qui bénéficie de ces recherches. A côté de l'intoxication qui résulte de la rétention des poisons normaux, M. Bouchard étudie les états morbides qui proviennent de l'exagération dans la formation de ces poisons : embarras gastrique, constipation, obstruction intestinale. Une maladie, dans laquelle on constate la formation excessive de poisons, est la *dilatation de l'estomac*, dont M. Bouchard nous a révélé la grande fréquence et le grand rôle pathogénique. Cette maladie engendre, outre les troubles digestifs et les accidents nerveux bien connus, une albuminurie que l'auteur a le premier étudiée ; en provoquant des fermentations gastriques anormales et en rendant excessives les fermentations intestinales, en préparant des poisons et surtout de l'acide acétique, la dilatation de l'estomac altère la nutrition du tissu osseux et produit l'ostéomalacie, une variété de rhumatisme noueux et peut-être le rachitisme.

Dans les maladies infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde, l'auto-intoxication ne doit pas être négligée, même au point de vue thérapeutique ; on combattra cette intoxication par l'antisepsie intestinale et générale et par les bains tièdes graduellement refroidis qui ont donné de brillants succès à M. Bouchard.

Dans l'ictère, une part revient à l'auto-intoxication ; car la bile est toxique par sa matière colorante qui, heureusement, s'élimine par l'urine ou se fixe dans les tissus ; elle est encore toxique, mais indirectement, par les sels biliaires qui, en détruisant des cellules musculaires et des globules sanguins, mettent en liberté des poisons organiques et minéraux. Dans l'ictère, la vraie sauvegarde de l'organisme contre l'intoxication, c'est le rein ; la grande toxicité des urines ictériques en est la preuve. Dans certaines maladies qui produisent l'ictère, le foie est altéré ou entravé dans son fonctionnement, il cesse de fabriquer l'urée, *le diurétique par excellence* ; il n'oppose plus une barrière suffisante aux poisons intestinaux qui lui arrivent par la veine-porte ; il peut en résulter la cholémie, l'acholie et l'urémie. Donc, chez l'ictérique, si le rein ou le foie sont insuffi-

(1) Paris, 1887. Savy, éditeur.
(2) Paris, 1882. Savy, éditeur.

sants, on voit surgir l'auto-intoxication par rétention des poisons normaux. Dans l'atrophie jaune aiguë du foie, il y a même formation de poisons anormaux. Dans l'acétonémie, il y a également auto-intoxication par un poison anormal, morbide. Le choléra est un exemple d'intoxication multiple : il y a d'abord un poison qui est fabriqué à la sollicitation des microbes ou par eux; il y a ensuite, par le fait de l'anurie, une intoxication secondaire par rétention des poisons normaux; le myosis signalé par M. Bouchard est le critérium clinique de cette intoxication urémique du choléra. Essayons, après avoir donné quelques-unes des conclusions des belles recherches de M. Bouchard, d'embrasser dans son ensemble le plan de ces recherches. Pour apprécier sainement la valeur des auto-intoxications dans les maladies, il fallait d'abord établir, sur une base scientifique et expérimentale, que l'organisme sain fabrique et élimine des poisons.

La preuve irréfragable de ce fait est fournie par la toxicité des urines normales que M. Bouchard a étudiée d'une façon merveilleuse. Les poisons qu'il a trouvés dans les urines, il découvre leur source dans le sang, dans les tissus, dans les sécrétions (bile), dans les matières fécales. La constatation des poisons contenus dans le tube digestif et les dangers de leur pénétration dans l'organisme conduisent à l'antisepsie intestinale. N'insistons pas sur l'admirable analyse de l'urémie qui laisse bien loin derrière elle tout ce qui aurait été écrit sur ce sujet.

La preuve de la formation normale des poisons dans l'organisme étant faite et bien faite, M. Bouchard aborde l'étude des auto-intoxications morbides. Après avoir passé en revue les intoxications passagères ou aiguës d'origine gastro-intestinale (embarras gastrique, constipation, obstruction intestinale, empoisonnement par les viandes gâtées), il insiste sur les auto-intoxications chroniques de la dilatation de l'estomac. Puis vient l'étude des auto-intoxications de la fièvre typhoïde, de l'ictère, qui précède celle des auto-intoxications par les maladies dans lesquelles on a trouvé des poisons normaux (ictère grave, diabète, choléra). Un chapitre sur la thérapeutique générale des auto-intoxications clos la série de ces leçons.

On pourra se faire une idée de l'œuvre de M. Bouchard par les lignes qui précèdent, mais on ne pourra, sans une lecture attentive, s'assimiler ces 300 pages qui condensent les résultats de plusieurs années de recherches expérimentales et cliniques.

De tels livres n'ont pas seulement l'attrait de la nouveauté, ils ont surtout le mérite de nous faire réfléchir sur la Médecine d'aujourd'hui, et de nous ouvrir des horizons sur la Médecine de demain. Leur portée est grande quand ils émanent de savants qui unissent au talent la probité scientifique. Elle s'affirme, cette probité scientifique, dans les dernières phrases du livre :

« Lorsqu'il m'est arrivé de hasarder quelques hypothèses, je ne vous ai jamais dissimulé que ce n'étaient que des hypothèses. En revanche, toutes les fois que je vous ai apporté des affirmations, elles ont été appuyées sur une démonstration expérimentale. »

D[r] J. Comby.

Les observations médicales.

Quant on lit une observation médicale, on trouve presque toujours signalés les nom et prénoms du malade avec son âge et sa profession. Il est permis de se demander quelle est l'utilité de ce début, et s'il ne présente pas des inconvénients graves. Certes, nous trouvons tout à fait nécessaire qu'au début d'une observation, où l'auteur va retracer toute la vie pathologique d'un malade, on nous dise son âge, sa profession : ce sont des détails d'un grand intérêt, et ce n'est pas contre eux que nous cherchons à nous élever. Mais y a-t-il une utilité quelconque de dire au lecteur le nom de famille du malade? Nous ne le croyons pas et nous allons essayer de montrer que ces détails sont inutiles, et, en quelque sorte, contraires à l'esprit médical, si réservé ordinairement.

Que l'auteur dise les prénoms du malade qui fait l'objet de sa communication, nous l'admettons; ce détail permet de ne pas confondre telle observation avec telle autre et de la retrouver plus facilement. La même réflexion se fait pour la première lettre du nom de famille. Ce détail peut avoir son importance et permettre de classer plus aisément les observations. Mais dans la plupart des observations, nous y trouvons signalés en toutes lettres, outre les prénoms, le nom de famille. Cette façon d'agir nous parait très dangereuse. Dans bien des cas, on n'est pas frappé de cet inconvénient, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un malade atteint de rougeole, ne présentant aucune diathèse grave, ni chez lui ni chez ses ascendants, n'ayant pour ainsi dire pas de casier judiciaire pathologique. Dans ces cas, il semble inutile de prendre des précautions et d'éviter de mettre le nom de ce malade, qui a des antécédents de famille et personnels d'une parfaite honorabilité. Mais il n'en est pas toujours ainsi dans bon nombre d'observations. En effet, supposons qu'on publie (ce que nous voyons souvent), une observation ainsi conçue : « Le nommé Paul Duron, âgé de 30 ans, est entré à l'hôpital, etc... Comme antécédents héréditaires, nous trouvons un père alcoolique et syphilitique, mort dans un asile d'aliénés, une mère condamnée à vingt ans de prison, un frère épileptique. Quant au malade, il est sujet à des accès d'épilepsie; il a eu la syphilis à l'âge de 20 ans, etc. » Tout ce bilan pathologique va être rendu public : pour peu que l'observation soit rare ou curieuse, non seulement les journaux médicaux en parleront, mais encore les journaux politiques. Tous les amis du malade, qui jusqu'alors pouvaient ignorer ces détails, les apprendront. On peut penser combien le malade, rentré dans la vie ordinaire, sera étonné de trouver tout son quartier si bien au courant de ses antécédents. Lui qui a eu confiance dans le médecin, qui lui a raconté l'histoire de ses parents et la sienne avec une entière bonne foi, parce qu'il croyait que le médecin n'irait pas lui faire de tort en divulguant ses secrets, il est indignement trompé. Le médecin a tout publié sans omettre son nom de famille. S'il meurt, cet intéressant malade, sa femme, ses enfants verront étaler dans les journaux toute cette lamentable histoire, et pourront en recevoir du préjudice. Ce que nous regrettons dans ce procédé, et ce pourquoi nous nous élevons contre, c'est que jus-

tement le même médecin n'osera jamais l'employer pour un malade de sa clientèle, il ne le fait que pour le malade d'hôpital. Pour un malade de sa clientèle, il se gardera bien de mettre son nom, s'il publie son observation. Il donnera ses prénoms et la lettre X .., avec l'âge du malade ; sa profession, il ne l'indiquera que vaguement, homme de lettres, industriel, militaire, etc. Il saura garder les convenances, et personne ne pourra se douter qu'il s'agit de M. M. ou R.

Ainsi donc, nous voyons que le médecin semble avoir deux manières différentes de se conduire : avec les malades de sa clientèle, il garde le secret, et le garde avec une ténacité que les tribunaux mêmes ne peuvent lui faire abandonner. Si on lui demande, en justice, ce qu'il est censé savoir sur un client, il refuse toujours de parler, et le client est certain qu'il restera muet. Vient-il à publier l'observation intéressante d'un client, il respectera encore les lois du secret professionnel, et personne ne découvre dans cette relation pathologique, publiée par les journaux, avec des détails minutieux sur les antécédents du malade et sur le malade lui-même, qu'il s'agit de M. X. ou Y. Le même médecin, dans son service d'hôpital, ne sera plus le même : le secret professionnel ne sera jamais violé, sauf lorsqu'il publiera l'observation. Là, il semble qu'il n'y ait plus besoin de garder le secret, comme pour M. X., de sa clientèle. C'est un malade de l'hôpital, qu'importe de dire qu'il s'appelle Paul Duron ? Et alors suit l'histoire de Paul Duron, que tout le monde pourra lire demain.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette manière de procéder. Elle va contre l'honneur professionnel, puisqu'elle fait perdre au médecin son caractère de mutisme, qui est tout à son honneur, et dans lequel le malade sait qu'il peut avoir la confiance la plus absolue. Aussi espérons-nous que nous verrons de moins en moins dans les observations, publier le nom de famille. Un tel procédé ne présente aucune utilité. Et nous ne voyons pas pourquoi il n'arriverait pas un jour que la famille d'un malade, mort dans un des services hospitaliers, ne poursuive devant la justice pour diffamation, le médecin traitant qui aurait publié dans son livre ou dans un journal l'histoire du défunt avec son nom. Une semblable poursuite serait autorisée et le médecin, nous en sommes persuadés, serait condamné et pour avoir divulgué le secret et pour avoir diffamé le malade.

M. le professeur Brouardel a, du reste, traité cette importante question dans son livre : « *Le Secret médical.* » Parlant des pancartes des malades dans les hôpitaux, il dit : « Placer à côté d'indications relatives au séjour dans l'hôpital, à la vie ou à la mort d'une personne, des renseignements purement médicaux, est un danger. Le médecin livre ainsi, soit à la justice, soit à des individus sans mandat, dont la curiosité peut être légitime ou indiscrète, des données capables de compromettre gravement les intérêts de leurs malades,.... J'estime que la pauvreté de notre client ne nous délie pas de ce que nous considérerions comme une règle sacrée s'il s'agissait d'un client riche...

La *publication des observations* médicales recueillies à l'hôpital prête aux mêmes remarques. Il faut s'abstenir avec grand soin d'indiquer le nom, le domicile des personnes dont nous rapportons les observations. L'intérêt scientifique n'y perdra rien. Ce qui importe, c'est non pas l'individualité du malade, mais la connaissance des particularités de sa maladie (1). »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 février 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

MM. GRÉHANT et QUINQUAUD étudient ce que deviennent les *Formiates introduits dans l'organisme* : ils ont recherché ces sels dans les liquides organiques et en particulier dans l'urine à l'aide d'un procédé spécial d'analyse. Les formiates s'éliminent en majeure partie par les urines : leur élimination se fait en nature, sans modification, sans transformation en carbonates.

M. VILLEMIN a employé, dans un cas de *diabète sucré*, la médication par l'opium et la belladone qui lui avait déjà donné autrefois une guérison dans un cas de diabète insipide. Le malade qui fait l'objet de cette communication, était arrivé à une période grave et n'avait retiré aucun bénéfice du traitement classique. La guérison fut obtenue et se maintint tant que l'on continua la médication d'opium et de belladone, le sucre et la polyurie augmentaient au contraire chaque fois que l'on suspendait ou qu'on diminuait les médicaments. Les résultats obtenus étaient dus absolument à l'association de ces deux substances.

M. LABORDE, à propos de la récente communication de MM. Hayem et Barrié, rappelle les expériences qu'il a faites au sujet des phénomènes qui succèdent à la *décapitation*. Ses recherches sur les suppliciés lui ont permis de fixer la véritable limite de l'extinction de la fonction cérébrale, de montrer le pouvoir que possède la restitution sanguine de faire revivre cette fonction et de déterminer la survie relative des différents points de la masse encéphalique. Les actes volontaires et conscients n'ont pu être démontrés après la décapitation. En terminant, M. Laborde pense que l'on pourrait utiliser la transfusion encéphalique dans certains cas d'anémie cérébrale.

MM. CH. RICHET ET HANRIOT décrivent un nouveau procédé de *dosage de l'acide carbonique expiré et de l'oxygène absorbé* dans les actes respiratoires. L'air inspiré doit traverser un compteur à gaz n° 1 qui mesure son volume ; l'air expiré traverse successivement deux compteurs n° 2 et n° 3 entre lesquels est placé un appareil qui absorbe l'acide carbonique. La différence de volume entre les compteurs n° 1 et n° 3 donne le volume d'oxygène absorbé et celle qu'accusent les compteurs n° 2 et n° 3 donne le volume d'acide carbonique produit.

MM. MAIRET et COMBEMALLE étudient l'action physiologique de la *Colchicine* Cette substance est un poison irritant, surtout pour le tube digestif et pour les reins : il congestionne les extrémités articulaires et la moelle osseuse.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 février 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX.

MM. TOURNEUX et HERMANN envoient une note sur le *développement du thymus.*

M. d'ARSONVAL présente un instrument destiné à éviter la formation de l'extra-courant et à écarter ainsi les risques de foudroiement.

M. OZANAM envoie une note dans laquelle, rappelant la précédente discussion sur les anesthésiques, il vante les bons effets des inhalations d'acide carbonique donné à l'air libre. Il croit inutile d'employer les mélanges titrés, ceux-ci ne répondant pas à l'indication tirée des susceptibilités individuelles.

(1) Nous avons toujours eu l'habitude, dans nos travaux personnels de ne jamais publier en entier le nom d'un malade ; nous nous bornons à citer uniquement la première ou les premières lettres de son nom. Nos collaborateurs ont généralement fait de même.

M. Galippe a étudié les microbes des fibro-myômes utérins et du liquide des kystes de l'ovaire. Des morceaux de tumeur ensemencés avec toutes les précautions usitées en pareil cas dans des liquides appropriés, ont montré la présence de nombreux microbes dans ces tumeurs et dans le liquide des kystes. L'auteur rappelle qu'il a émis l'hypothèse que les calculs vésicaux, qui contiennent des microbes, pourraient bien se développer sous leur influence. Le vagin renferme un nombre considérable d'infiniment petits qui peuvent envahir l'utérus et les ovaires.

M. Déjérine remet une note de MM. Pinet et Dubois sur la *Remigia ferruginea*.

M. Gley remet une note de M. Nicolas (de Nancy) sur un cas d'*apophyse sus-épitrochléenne bilatérale chez l'homme*.

M. Retterer donne un procédé de technique pour l'extraction des œufs chez la lapine. La Société se forme en *comité secret*.

M. Rémy présente, au nom de M. Pilliet, aide préparateur aux travaux pratiques d'histologie, une note sur les *lésions de la muqueuse gastrique dans les dyspepsies rénale et urinaire*. L'auteur décrit les lésions histologiques de la muqueuse sur des estomacs de calculeux, de prostatique, de rétréci et de néphrite interstitielle. Voici, en résumé, les lésions qu'on trouve dans ces différents cas. 1° Le tissu conjonctif est infiltré de cellules rondes et fusiformes, en îlots, entre les culs-de-sacs glandulaires, ou en traînées, le long des vaisseaux. Il se forme ensuite dans ce tissu des bandes de fibrilles conjonctives feutrées, qui isolent les glandes et transforment les villosités en masses fibreuses plus ou moins allongées. 2° Les tubes glandulaires sont diminués de nombre, très raccourcis, dilatés le plus souvent dans leur extrémité profonde, aplatis dans la portion supérieure ; ils sont flexueux et pelotonnés. 3° Les cellules prismatiques ou cubiques restent à un état de développement peu avancé, comparable à celui qu'on trouve chez les nouveau-nés, avec retard ou absence de la formation des granules peptiques de Nussbaum. Ces lésions ont été trouvées marquées surtout dans la néphrite interstitielle. Elles sont comparables de très près aux gastropathies des athrepsiques de Parrot (1877), aux gastrites chroniques alcooliques, ou bien à la cirrhose hépatique (Damaschino, 1880, Cornil et Ranvier (1886) et aux gastrites des tuberculeux décrites surtout par Loquin (1872) et Marfan (1887). Les lésions de ces différentes gastrites chroniques, quel qu'en soit l'étiologie, sont donc fort voisines, et les modes de réaction de la muqueuse paraissent assez limités. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Peter présente au nom de M. Amorozo (de Naples) un travail sur la *prophylaxie de la rage* et fait observer que ce travail est l'exposé des observations prises au laboratoire de M. Pasteur, durant trois semaines. Cet exposé serait contraire à la méthode de Pasteur, et appuyé par de nombreuses expériences faites par MM. de Renzi et Amorozo.

M. Peter dépose, sur le bureau de l'Académie une lettre de M. S. Tommasi par laquelle il annonce que M. Cantani a obtenu des résultats négatifs dans ses expériences antirabiques et reconnaît que la méthode intensive appliquée à l'homme n'est pas exempte de périls.

M. Brouardel estime que les conclusions de MM. de Renzi et Amorozo ne doivent pas être opposées à celles de M. Pasteur, car ces savants ne se sont pas astreints à suivre la méthode, qui a toujours eu pour but de mettre l'homme à l'abri des accidents rabiques et qui a été expérimentée sur les chiens. MM. Amorozo et de Renzi ont tenté de vacciner des lapins, et non des chiens. En outre, lorsque ces auteurs ont expérimenté sur le chien, ils ont cherché à inoculer par trépanation le virus intensif du lapin, au lieu du virus de la rage des rues. Bien plus, les accidents provoqués par leurs inoculations ne sont pas identiques à ceux obtenus par la méthode de Pasteur, puisque des lapins inoculés en pleine santé meurent, du 9e au 15e jour, avec tous les symptômes de la rage.

M. Brouardel pense qu'il y aurait avantage à ne pas empiéter constamment sur ce grave problème de la prophylaxie de la rage, en apportant de temps en temps de semblables documents et propose de reprendre cette discussion le jour où il plaira à l'Académie. Cette proposition, appuyée par M. Larrey, est mise aux voix et adoptée.

M. le Président déclare vacante la place de secrétaire perpétuel de l'Académie et annonce que l'élection aura lieu le 22 mars.

M. Rochard lit un rapport relatif à un travail sur les *abcès du foie*, par MM. Ferron et Constant. Il s'agit d'un malade atteint d'un abcès du foie, diagnostiqué à temps et opéré dans des conditions favorables. M. Rochard estime que la question est aujourd'hui jugée : l'incision doit être large et suivie de lavages antiseptiques, le drainage et la méthode de Lister doivent être appliqués. Il ne faut pas attendre pour agir ; et, lorsque la présence d'un abcès intra-hépatique est reconnue, que la santé générale s'altère rapidement, on peut recourir à la méthode de Stromeyer-Little.

M. M. Perrin lit un rapport sur une observation de M. Chauvel ayant pour titre : *Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe*. Cette observation permet d'établir : 1° Que la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe est une excellente ressource dans le cas de luxation tibio-tarsienne irréductible ; 2° Que dans l'exécution de cette résection il est avantageux de commencer par la section du péroné ; 3° Que cette section doit être faite pour diminuer le traumatisme opératoire au niveau même du foyer de la fracture.

M. de Pietra-Santa fait une communication sur l'emprisonnement cellulaire, qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Le premier fait qui se dégage de l'étude attentive de la question de l'emprisonnement individuel et des discussions qui ont eu lieu dans le Parlement en 1863, c'est la nécessité d'examiner l'organisation et le fonctionnement du système cellulaire tel qu'il se pratique en France, sans se préoccuper des exemples de l'étranger. Indépendamment de ce qui est inhérent aux mœurs, au tempérament et au caractère national, il existe en Angleterre et en Belgique des installations spéciales de surveillance, de patronage et de réglementation du travail qui rendent possible et efficace, à Pentonville et à Vilcorde, un mode de détention qui ne fournit à Mazas et à la Santé que des résultats fâcheux ; 2° Pour appliquer l'emprisonnement cellulaire dans les conditions les plus favorables, il faut avant tout renoncer aux grandes prisons qui, comme Mazas et la Santé, renferment en moyenne plus de mille prisonniers, sans compter les encombrements regrettables qui, comme le constate l'enquête officielle de 1884, se sont produits au cours de ces dernières années, en nécessitant le placement de deux prisonniers dans la même cellule ; 3° Pour tout ce qui se rapporte à la direction d'une prison cellulaire et à l'intervention légitime du médecin hygiéniste, il est indispensable que le directeur, comme le médecin, conservent avec une responsabilité effective une certaine indépendance vis-à-vis des bureaux de la Préfecture. Les constatations scientifiques des cas de folie et de suicide ne seront possibles que lorsque le médecin se trouvera en mesure de recueillir sur chaque prisonnier un dossier complet comprenant des renseignements exacts *avant*, *pendant* et *après* l'incarcération ; 4° Dans le système cellulaire plus encore que dans l'emprisonnement en commun, il importe de respecter sans cesse les catégories établies par le Code pénal, relativement aux sexes des détenus, à leur âge, à leur état de prévention ou de condamnation. La maison de prévention ne doit, sous aucun prétexte, recevoir des condamnés, et la maison de correction réservée aux courtes peines doit pouvoir diriger sur les maisons centrales les condamnés à un an et un jour de prison ; 5° La colonie agricole et le patronage

sont le cortège absolument nécessaire et indispensable du régime cellulaire ; 6° Pour ce qui concerne le fonctionnement du régime lui-même, au point de vue de l'état sanitaire général, il faut assurer aux prisonniers un plus long temps de promenade, une aération régulière de la cellule, une alimentation plus réparatrice ; 7° La diminution de fréquence des aliénations mentales, des suicides et des tentatives de suicide ne sera obtenue qu'en mettant réellement en pratique le programme, jusqu'ici théorique, formulé par le législateur.

L'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les travaux des candidats au titre de Membre correspondant national : La commission présente : en première ligne, M. Picot (de Bordeaux) ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Marquez (d'Hyères) et Mauricet (de Vannes) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Ossian-Bonnet (de Rio-de-Janeiro), Riembault (de St-Etienne), et Zambaco (de Constantinople). A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 *novembre* 1886.— PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

3. Kyste hydatique généralisé (foie, poumon, etc...) ; par M. TOUPET, Interne des hôpitaux.

Le nommé X..., 65 ans, entre dans le service de M. le professeur Cornil, à la Pitié, le vendredi 15 octobre 1886. C'est un homme cachectique, très amaigri, qui ne présente pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés. Il demande à être admis à l'hôpital parce que depuis deux mois son ventre a notablement augmenté de volume; en même temps, il tousse un peu. En l'examinant, on est frappé immédiatement par cette saillie anormale que forme l'abdomen, saillie irrégulière à la simple inspection, et mamelonnée. Avec un peu d'attention, on voit que cette saillie est due à une tumeur dépendant du foie, tumeur formée de quatre ou cinq bosselures arrondies, dont deux surtout se dessinent nettement, et se circonscrivent facilement. Il y a très peu d'ascite, pas de circulation collatérale, pas d'œdème des membres inférieurs. En présence d'un foie aussi hypertrophié et bosselé, on devait penser naturellement à un cancer du foie; mais le malade n'avait jamais eu de troubles dyspeptiques bien accusés, jamais de vomissements, de plus les bosselures superficielles paraissaient fluctuantes. On fut amené à pratiquer une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz, et on obtint un liquide absolument transparent et ne contenant pas d'albumine. Le diagnostic kyste hydatique s'imposait. Du côté des poumons, on trouva à gauche en arrière, dans la partie médiane, des signes cavitaires, matité, souffle et râles caverneux; on crut à l'existence d'une caverne tuberculeuse. Les bourses étaient le siège d'un épanchement séreux enkysté; on pensa à une hydrocèle double de cause indéterminée.

Tel était l'état du malade à son entrée à l'hôpital; il ne présenta pendant son séjour rien de remarquable, l'état cachectique s'accusa de plus en plus, et le 4 novembre il succombait.

A l'AUTOPSIE, les poumons étaient complètement indemnes de tubercules, mais entre les deux lobes du poumon gauche et la plèvre pariétale existait une poche hydatique grosse comme les deux poings; cette poche fut facilement séparée de la plèvre pariétale et viscérale. Entre le lobe moyen et le lobe inférieur du côté droit, on trouve également une poche de la grosseur d'une mandarine. Du côté de l'abdomen, le foie est remarquable par son volume énorme; il pèse plus de 4 kilog.; la forme normale du foie est entièrement effacée, la glande hépatique est remplacée par douze ou quinze tumeurs de la grosseur de deux poings, paraissant ne pas communiquer les unes avec les autres et séparées seulement par de minces bandes de tissu hépatique. La vésicule ne contient pas de calculs, le canal cholédoque est libre.

La rate est très atrophiée. Les reins présentent à leur surface de petits kystes séreux et offrent l'apparence de reins atteints de néphrite interstitielle. En arrière de la vessie, on découvre une poche hydatique qui se déchire et laisse échapper une quantité considérable d'hydatides de grosseur variable. L'épanchement enkysté des bourses est formé par des kystes développés aux dépens de chaque épididyme et qui ne sont pas de nature hydatique. Cette observation nous a paru présenter quelque intérêt, d'abord au point de vue clinique, à cause de la confusion possible des kystes avec un cancer du foie, et surtout au point de vue anatomo pathologique, tant à cause de l'aspect remarquable du foie, qu'à cause de l'envahissement simultané de la grande cavité pleurale, de la plèvre interlobaire et du péritoine lui-même par les hydatides.

4. Rapports du péritoine et du cœcum ; par M. TUFFIER, Prosecteur de la Faculté.

M. Tuffier rappelle qu'au mois de juin dernier il a présenté à la Société anatomique un cas de hernie du cœcum. A propos de la dissection de cette hernie et s'appuyant sur les rapports du péritoine et de cette partie de l'intestin, l'auteur a conclu alors que la hernie cœcale avait toujours un sac péritonéal, et que la seule hernie qui, à ce niveau, puisse se faire sans sac était la hernie du côlon ascendant.

Des recherches continues depuis cette époque et portant sur plus de cent cadavres d'âges différents, depuis le fœtus de sept mois jusqu'aux vieillards, lui permettent de présenter aujourd'hui des faits nouveaux sur l'anatomie du cœcum.

Depuis sa communication en juin, la question de la hernie cœcale a été étudiée à l'étranger, où Treves (Soc. pathol. de Londres, octobre 1886) a reconnu également l'existence du sac péritonéal dans ces hernies. Les recherches de l'auteur anglais sur ce point sont donc postérieures aux siennes, mais M. Tuffier fait remarquer que les travaux du professeur anglais sur l'anatomie de l'intestin sont au contraire antérieurs aux siens.

Les pièces qu'il apporte à cette séance ont trait aux moyens de fixité du cœcum et à son revêtement péritonéal. On appelle cœcum la partie du gros intestin qui siège au-dessous du bord supérieur de la valvule iléo-cœcale. Le cœcum est maintenu dans sa situation par deux ligaments : l'un supérieur et externe, ligament suspenseur; l'autre, inférieur et interne, ou rétracteur. Pour voir le premier, il suffit d'ouvrir un sujet, de porter la paroi abdominale droite en dehors et d'attirer en dedans le cœcum ; on voit alors un repli partir de l'extrémité inférieure du rein et de la paroi abdominale sous-jacente pour se perdre par des fibres très nettes sur la face antérieure et externe du côlon ascendant, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la limite anatomique du cœcum. Ce ligament est oblique en bas et en dedans. Sa forme est triangulaire, son bord postérieur adhère au rein et se continue avec le méso-côlon ascendant. Son bord interne adhère à la face postérieure et externe du cœcum. Son bord externe, bord droit, est libre, tranchant, falciforme. Il est en rapport en haut avec le bord inférieur du foie, qui repose sur lui comme la rate sur son nid. Sa base inférieure regarde en bas et à droite ; elle est libre et accolée au péritoine pariétal.

Ce repli est un ligament, car : 1° il est consistant; 2° il est formé de fibres résistantes qui se tendent, mais ne cèdent jamais, dans la distension du cœcum; 3° il supporte le lobe gauche du foie, au point que, dans l'hypertrophie de cet organe, il n'est jamais abaissé, mais il repousse le foie dont le bord tranchant se recourbe en dedans sur sa face superieure.

Les faits pathologiques prouvent également qu'il s'agit bien là d'un repli spécial, sur une pièce apportée par l'auteur; des ganglions mésentériques développés sur le mésentère, à son niveau, ont provoqué un étranglement du gros intestin, car fixé en ce point le canal intestinal n'a pu fuir ni dissocier le ligament. Le ligament inférieur s'étend de la région iléo-cœcale à la partie interne de la fosse iliaque, au niveau du bord interne du psoas, au point où l'uretère vient le croiser.

Son bord supérieur adhère aux 2 ou 3 derniers centimètres de l'intestin grêle et au bord gauche du côlon; il se confond supérieurement avec le mésentère, son bord postérieur adhère au péritoine pariétal; son bord inférieur libre n'apparaît bien que si on renverse en haut le cœcum; il est mince et tranchant. Ces deux ligaments fixent le cœcum; le supérieur le suspend; il suffit d'insuffler l'intestin pour le voir tendu comme une corde, limitant le mouvement de descente de l'organe. L'inférieur, plus net dans l'état de vacuité, montre bien par la traction sur cet intestin qu'il empêche toute ascension de l'organe. Par suite de la disposition de ces deux ligaments, le cœcum est attiré en haut et à droite par le ligament supérieur, en bas et à gauche par le ligament inférieur, aussi prend-il la direction oblique en haut et à droite et fait-il un coude avec le côlon ascendant.

L'auteur montre ensuite que le péritoine entoure le cœcum de toutes parts, et il fait voir deux fossettes iléo-cœcales supérieure et inférieure, sur lesquelles il compte revenir prochainement en décrivant les vaisseaux de l'organe.

Séance du 12 novembre 1886.—PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

6. — M. GRANDHOMME présente des pièces provenant d'un homme malade depuis 14 mois, chez lequel on a diagnostiqué une *tuberculose pulmonaire*.

A l'autopsie, on constate, en outre des lésions tuberculeuses du poumon, un *anévrysme de l'aorte*, long de 14 centimètres, occupant la crosse et une partie de l'aorte descendante.

En arrière, les corps vertébraux qui sont en contact avec la tumeur, sont détruits d'un côté, presque jusqu'au canal rachidien.

M. CORNIL fait remarquer qu'ici, comme dans bon nombre de cas, cet anévrysme aortique ne s'accompagne pas d'une réelle hypertrophie du ventricule gauche. Il demande si l'on considère la tuberculose comme primitive ou secondaire à la formation de l'anévrysme?

M. GRANDHOMME dit que l'observation clinique aussi bien que l'état des lésions doit la faire admettre comme secondaire.

7. — M. OVION présente une pièce provenant d'une femme de 50 ans. C'est une tumeur grosse comme une mandarine, qui siégeait à la face postéro-interne du mollet; elle semblait constituée par plusieurs poches kystiques. Après l'ablation, on a constaté en effet l'existence de petites poches contenant un liquide muqueux dans les unes, hématique dans d'autres. L'examen histologique n'a fait voir que des masses adipeuses. Quelle est la nature de cette tumeur?

M. CORNIL pense qu'il est impossible d'en décider avant un examen microscopique plus complet; cela ressemble pourtant à un lipome arborescent qui se serait développé dans une bourse séreuse accidentelle.

8. Entorse des vertèbres cervicales. — Contusion de la moelle. — Epanchement sanguin dans le canal de l'épendyme; par MM. le Dr QUÉNU, chirurgien des hôpitaux, et WICKHAM, interne des hôpitaux.

Le 31 *octobre*, on apportait, vers 11 heures du soir, le nommé W..., âgé de 32 ans, trouvé sans connaissance sur la ligne du chemin de fer de ceinture, près des Batignolles. Le lendemain matin, à la visite, M. Quénu examina le malade, qui, depuis quelques heures seulement, avait repris en partie connaissance. Ayant traversé la voie au moment du passage d'une locomotive, dont il ne put se garer à temps, il fut violemment renversé et projeté sur la tête. En effet, on constate au cuir chevelu une plaie considérable · mais il ne semble pas y avoir lésion des os du crâne. Le malade est étendu sans mouvement dans son lit, les yeux à demi-fermés; il a toute sa connaissance. La tête présente une attitude particulière : courbée dans la flexion, elle est inclinée fortement vers l'épaule droite; la face est portée du même côté. L'examen de la sensibilité permet de constater une anesthésie complète des deux membres inférieurs et des trois quarts inférieurs du tronc; les réflexes sont très affaiblis; ce n'est qu'en piquant profondément la plante du pied droit, vers son bord interne, qu'on détermine un léger mouvement du gros orteil. Les membres supérieurs ont gardé leur sensibilité sur toute leur surface, sauf à la main et aux doigts, et encore à la main la sensibilité persiste dans la région de l'éminence thénar (terrain du nerf musculo-cutané). La motilité est aussi fort altérée. On trouve une abolition complète de tous les mouvements des membres inférieurs. Du côté des membres thoraciques, les avant-bras et les mains offrent quelques légers mouvements. La verge est à l'état de demi-érection. En essayant de redresser la tête, on obtient peu de changement et le malade accuse une forte douleur derrière le cou. En ce point, on observe une saillie de la colonne vertébrale. Les apophyses épineuses, fortement serrées les unes contre les autres, ne sont pas sur la même ligne verticale et décrivent une courbe à convexité gauche. La pression sur les vertèbres détermine une vive douleur. Ces signes, fort nets, font établir le diagnostic de luxation de la cinquième ou de la sixième vertèbre cervicale. Quelques heures après, le malade mourait subitement, sans présenter aucun symptôme particulier.

AUTOPSIE. — Pas de lésion des os du crâne. L'encéphale et le bulbe, ainsi que leurs enveloppes, ne présentent rien d'anormal. La dissection de la colonne cervicale permet de constater, au contraire de la constatation clinique, que les apophyses épineuses sont sur la même ligne verticale, leur déviation apparente n'était donc que le résultat d'une contracture. L'apophyse transverse droite de la sixième vertèbre cervicale est fracturée, mais très peu mobile. Le sommet de l'apophyse articulaire droite de la cinquième vertèbre est fracturé. Le fragment n'a pu déterminer aucune altération de la moelle et les surfaces articulaires ont gardé leurs rapports normaux. Les ligaments jaunes unissant la cinquième vertèbre à la sixième, sont arrachés de leurs insertions; les ligaments des corps vertébraux paraissent également lésés. Il existe une certaine mobilité de ces deux vertèbres, l'une sur l'autre, mais cette mobilité est limitée et ne permet aucun déplacement bien apparent, aucun glissement des corps vertébraux vers le canal médullaire. En réalité, il n'y a pas de déplacement des surfaces articulaires ni du côté des corps vertébraux, ni du côté des apophyses articulaires; il n'y a, comme os fracturé, qu'une apophyse transverse et le sommet d'une apophyse articulaire; les lésions principales : déchirure d'un ligament jaune et déchirure partielle d'un disque fibro-cartilagineux, sont bien les lésions de l'entorse. Après avoir sectionné les lames vertébrales, pour enlever la moitié postérieure du canal rachidien et mettre à nu les méninges, on constate, entre les surfaces osseuses et les méninges, vers la sixième et septième vertèbre, un épanchement de sang, formant un caillot peu considérable, ne mesurant qu'une faible épaisseur. Les méninges ne présentent pas de lésion. On les sectionne vers leur partie moyenne, de bas en haut, et découvrant la moelle, on voit que celle-ci n'offre à sa périphérie rien d'anormal, et aucune trace de compression. Il n'existe aucun épanchement dans l'espace sous-arachnoïdien. La moelle étant retirée, on examine la surface antérieure du canal rachidien et on voit que la face postérieure du corps des vertèbres est absolument sur le même niveau. Il n'y avait donc pas de luxation. La section transversale de la moelle, faite à différentes hauteurs, montre nettement une hémorrhagie siégeant dans le canal de l'épendyme, ayant son maximum à l'union des cinquième et sixième vertèbres et s'étendant à 2 centimètres au-dessus et au-dessous. Ainsi d'une part, il y a une contusion de la moelle au niveau des cinquième et sixième vertèbres. Le tissu médullaire, dans la partie centrale, forme une bouillie teintée par le sang, la périphérie, c'est-à-dire l'écorce blanche de la moelle gardant sa consistance et sa couleur normales. D'autre part, un caillot s'étend de cette portion contuse et remonte en refluant dans le canal de l'épendyme, sans atteindre le sommet du bulbe. A sa partie supérieure, le

caillot est grêle, franchement cruorique et ne paraît pas exercer de compression sur le tissu médullaire.

Réflexions. — Plusieurs points semblent présenter ici de l'intérêt, et d'abord, quelle peut être la cause de la lésion médullaire?

Il est possible qu'il y ait eu au moment du traumatisme un déplacement instantané des vertèbres, qu'il y ait eu luxation en un mot. On sait que pareille chose n'est pas rare dans l'entorse, le déplacement ne persiste pas et c'est ce qui sépare l'entorse de la luxation. Mais on conçoit que, quelque momentané qu'il soit, un déplacement des corps vertébraux laisse, derrière lui, des lésions de la moelle. Il y aurait donc eu contusion directe de la moelle d'après cette hypothèse, et cette contusion aurait affecté surtout la partie centrale plus friable de la moelle. Nous insistons surtout sur l'intégrité apparente de l'axe médullaire avant que nous eussions fait des coupes transversales. Il est bien possible que les examens n'aient pas été complets dans les observations dites de commotion médullaire. Celle-ci nous paraît contestable et ne devrait être admise qu'après un examen histologique de la moelle. Dans les cas où les symptômes de paralysie se sont rapidement amendés, nous pouvons soutenir que la contusion n'a détruit qu'une très petite quantité d'éléments nerveux, que les symptômes très marqués au début n'ont été le fait que d'un épanchement épendymaire dont la résorption progressive a marché ensuite de pair avec l'amendement observé. Cette observation nous suggère donc des doutes sur les faits de commotion de la moelle.

En outre, elle offre un intérêt au point de vue anatomique. Nous avons constaté que la sensibilité des éminences thénars était conservée, alors que celle de la main et des doigts était anéantie; en d'autres termes, le territoire sensitif du muscle cutané était intact alors que le territoire sensitif des nerfs médian, cubital, et radial était atteint. N'y a-t-il pas lieu, dès lors, de se demander si l'origine médullaire de ce nerf n'est pas située au-dessus du point d'origine des autres nerfs du plexus brachial? Une série d'observations analogues ne serait pas sans intérêt au point de vue de la répartition des fibres sensitives dans les branches d'origine du plexus brachial. Un dernier point, cette fois d'ordre clinique, mérite l'attention La plupart des signes de luxation des vertèbres cervicales étaient bien nets chez notre malade: attitude vicieuse de la tête, inclinée vers l'épaule; saillie et déviation de la ligne des apophyses épineuses; douleurs à la pression; enfin, tous les symptômes de paralysie. En conséquence, on fit le diagnostic de luxation. Or, l'autopsie n'a pas confirmé ce diagnostic d'apparence si évidente. Les déviations de la colonne cervicale, constatées pendant la vie étaient évidemment le fait de contractions musculaires. La difficulté du diagnostic dans des cas de ce genre est donc quelquefois très grande et des réserves seront indiquées toutes les fois que, se trouvant en présence de traumatismes semblables, on formulera le diagnostic de luxation; ces réserves sont d'autant plus justifiées que les succès obtenus dans la prétendue réduction de luxation vertébrale, ne sont peut-être que des corrections d'attitudes vicieuses dues non à une luxation mais à une entorse.

M. Quénu insiste sur l'intérêt que présente cette pièce rare, il n'y avait pas de déplacement possible des vertèbres. L'hémorrhagie entre la dure-mère et les os n'exerçait pas de compression, et il y a une lésion centrale de la moelle sans que les parties périphériques soient lésées. Il y avait tous les signes d'une luxation vertébrale, et on ne trouve qu'une simple entorse sans déplacement. L'abolition de la sensibilité, aux doigts seuls, fait penser à M. Quénu qu'il existerait un centre de sensibilité plus élevé dans la moelle pour l'épaule, le bras et l'avant-bras que pour les autres parties du membre supérieur.

M. Poirier est d'avis qu'il serait plus simple d'attribuer ces troubles à une lésion du centre vaso-moteur qui se trouve au niveau du foyer de destruction.

M. Quénu objecte qu'il n'y avait pas de troubles vaso-moteurs à la main; de plus, l'éminence thénar qui doit sa sensibilité au musculo-cutané, était restée sensible; il est donc probable qu'il y avait là une lésion des origines nerveuses.

M. Cornil pense que la fracture mentionnée a pu, au moment de l'accident, produire une attrition de la moelle; il croit, d'autre part, qu'il y a eu une compression réelle exercée par le caillot intra-rachidien dont on voit les restes; il demande quelle explication on donne de l'hémorrhagie centrale?

M. Quénu suppose un contre-coup, un tiraillement des vaisseaux de la partie grise, moins résistante que la substance blanche. Il serait possible que les cas dits de commotion médullaire, soient dus en réalité à une contusion de la moelle. Quant au caillot périphérique, il ne pense pas que la moelle ait pu être comprimée par lui, d'après ce qu'il a pu constater au moment de l'autopsie.

9. Cancer primitif du poumon; par P. Ménétrier, interne des hôpitaux.

Un homme de 51 ans, entré le 26 mai à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Jaccoud, présentait un état de faiblesse générale, d'émaciation, de cachexie même, avec pour tous troubles fonctionnels, un peu de toux avec expectoration purulente, et une fièvre vespérale légère. L'examen de la poitrine dénotait à la base gauche, en arrière, une zone de matité grande comme la paume de la main, et une respiration soufflante au même point. L'exploration de tous les autres appareils était négative.

Soupçonnant quelque cancer viscéral, et notre attention étant attirée du côté du poumon, nous recherchâmes, à plusieurs reprises, dans les crachats, la présence d'éléments caractéristiques. Ces crachats étaient uniquement composés de globules de pus, avec quelques rares cellules épithéliales à gros noyau, trop rares pour permettre d'assurer un diagnostic, mais paraissant néanmoins différentes des cellules épithéliales de la bouche, des alvéoles ou des bronches que l'on rencontre d'ordinaire. Ces crachats ne renfermaient pas de bacilles. Vers la fin du mois de juin, et dans les premiers jours de juillet, l'expectoration purulente se mêla de crachats franchement sanglants, et, dans ceux-ci, nous trouvions enfin de petits grumeaux blanchâtres, qui, au microscope, se montraient formés d'éléments épithéliaux irréguliers, à très gros noyau, semblables aux cellules du carcinôme. Les signes perçus à la base gauche devenaient plus nets, la matité plus étendue, dure, sans élasticité, avec absence des vibrations vocales, et une ponction pratiquée en ce point le 14 juillet permit de retirer environ 150 grammes de pus, qui, lui aussi, renfermait des grumeaux ou de petits fragments de cylindres formés des mêmes éléments épithéliaux. Dans ce pus, on trouvait, en outre, de nombreux micrococques arrondis, isolés ou en courtes chaînettes, qui, ensemencés et cultivés par M. Netter, donnèrent les réactions du streptocoque pyogène. Dès lors, le diagnostic de cancer du poumon était assuré, et l'absence de tout signe indiquant une altération d'autres organes permettait de supposer qu'on était en présence d'un cancer développé primitivement dans le parenchyme pulmonaire. D'autres signes vinrent encore assurer ce diagnostic. Dans le courant du mois de juillet, on put observer l'apparition de petits ganglions indurés, d'abord dans la fosse sus-claviculaire droite, puis des deux côtés, et, un peu plus tard, des masses ganglionnaires très nettes étaient perceptibles aux deux côtés du cou, plus développées pourtant à droite. On notait aussi le développement d'une zone de matité, en arrière, au niveau du hile du poumon droit, avec souffle bronchique à ce niveau, indices d'une compression de la bronche droite. La cachexie progressait lentement, le malade alla ainsi, s'affaiblissant de jour en jour, pendant les mois d'août et de septembre, et mourut seulement le 10 octobre. Pendant tout ce temps, jamais il ne se plaignit de douleurs thoraciques; il eut généralement un peu de fièvre, à type hectique, montant à 38° le soir, descendant à

la normale le matin. Enfin, ses crachats furent à plusieurs reprises mélangés de sang, mais ne présentèrent jamais l'aspect classique, gelée de groseille.

L'Autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, nous montre les lésions suivantes.

Les centres nerveux sont sains. Les deux poumons sont fortement anthracosiques. Du côté gauche, la plèvre est anciennement adhérente, et très épaissie au niveau du lobe inférieur. Ce lobe renferme à sa partie postéro-inférieure une caverne des dimensions d'un œuf de poule, et au niveau de la paroi interne de celle-ci une masse néoplasique assez irrégulière, d'un blanc jaunâtre, saillante par un gros bourgeon dans la cavité, se continuant en bas jusqu'au diaphragme qui est envahi, à la partie interne du lobe jusqu'au feuillet péricardique, et remontant, en suivant des bronches en partie dégénérées, presque jusqu'au hile. Les parois de la caverne sont anfractueuses ; elle renferme du pus et des détritus blanc-grisâtre, qui paraissent être des fragments nécrosés de la tumeur. Tout le reste du lobe est transformé en tissu de sclérose, très pigmenté, mais on n'y rencontre pas d'autres masses cancéreuses. L'aspect macroscopique est celui de la sclérose pulmonaire vulgaire. Le lobe supérieur renferme de petits amas de tubercules fibreux disséminés, et une dilatation bronchique pleine de pus du volume d'une noix. Le poumon droit présente aussi des lésions de tuberculose fibreuse disséminées, mais prédominant au sommet. On n'y trouve pas de cancer. Les ganglions du hile, du côté gauche, atteignent au plus le volume d'une noisette, leur tissu est blanc-jaunâtre, et donne un suc laiteux au râclage. En arrière de la bronche droite, et la comprimant légèrement, se trouve un ganglion gros comme une noix, présentant les mêmes altérations. Enfin des ganglions également dégénérés se rencontrent de chaque côté de la trachée, où ils sont peu volumineux, et au cou, au pourtour des vaisseaux où ils le sont beaucoup plus, surtout à droite. L'envahissement des ganglions s'est fait aussi par en bas, en suivant l'aorte, jusque dans la cavité abdominale. Le péricarde, fusionné quant à son feuillet pariétal avec la plèvre gauche, présente au niveau de la tumeur pulmonaire, et se continuant avec elle, de petits mamelons jaunâtres à peine saillants. Le cœur est sain. Le tube digestif ne présente d'autre altération que quelques petites ulcérations tuberculeuses du gros intestin. L'œsophage, notamment, est absolument sain. Il n'y a pas de cancer du péritoine, sauf une petite plaque, à la face inférieure du diaphragme à gauche, au point où adhère la tumeur pulmonaire. Le foie, de volume normal, est semé à sa surface et dans sa profondeur de petits noyaux blanc-jaunâtre, du volume d'une lentille ou d'un pois. Le pancréas, la rate, les reins, les capsules surrénales, la vessie, ne présentent pas d'altérations. On ne trouve, en somme, de lésions cancéreuses que dans le poumon gauche, les ganglions et le foie.

L'examen microscopique nous a montré que ce cancer du poumon était un épithéliome à cellules polyédriques ; cellules à gros noyau, souvent double, à protoplasma réfringent, parsemé de granulations et de forme très irrégulière, semblables, du reste, à celles observées pendant la vie dans les crachats. Ces cellules se rencontrent en traînées, en amas irréguliers, en boyaux pleins, entourées d'une gangue épaisse de tissu fibreux. Dans les points les plus anciens, on observe, mais rarement, la formation de globes épidermiques, absolument nets; présentant pourtant quelques différences avec ceux de l'épithéliome lobulé ; les cellules qui les constituent ne renferment jamais d'éléidine, elles sont, même au centre du globe, plus volumineuses, moins aplaties : beaucoup conservent un noyau encore apparent, elles ne présentent pas de crénelures ; enfin par la coloration au picro-carmin, elles prennent une teinte moins franchement jaune, légèrement orangée. En aucun point le néoplasme ne renferme de cellules se rapportant au type cylindrique.

Dans les ganglions et dans le foie, les cellules épithéliales présentent les mêmes caractères, elles sont aussi englobées dans une gangue conjonctive qui offre le plus souvent la disposition du carcinome. Au pourtour du cancer et dans tout le reste du lobe inférieur gauche, les lésions sont celles de la sclérose pulmonaire, avec aussi de nombreux tubercules, en grande partie fibreux, semés çà et là. Les altérations de l'épithélium alvéolaire au sein de ce tissu de sclérose, nous ont paru fort intéressantes à considérer. Partout, en effet, il est revenu au type embryonnaire; les cavités alvéolaires, limitées par des traînées fibreuses extrêmement épaisses, se montrent tapissées d'un revêtement continu de cellules cubiques, à très gros noyau ; le plus souvent ces cellules se chargent de granulations graisseuses et forment des amas dégénérés au centre de l'alvéole ; mais parfois aussi, elles prolifèrent, s'accumulent sur plusieurs couches le long des parois, ou forment de petits bourgeons épithéliaux saillants dans la cavité, ou encore remplissent toute cette cavité de cellules jaunes, sans aucune tendance à dégénérer. Et quoique ces cellules épithéliales proliférées soient bien distinctes des cellules de l'épithélium, par leur volume, leur couleur, leur aspect, il nous paraît vraisemblable que ces modifications subies par l'épithélium alvéolaire du fait de la sclérose, que ce retour à l'état embryonnaire du revêtement du poumon, ont dû constituer un terrain favorable au développement du cancer.

Nous sommes donc conduits à admettre qu'il s'agit là d'un épithélium développé primitivement au sein d'un lobe pulmonaire sclérosé d'ancienne date.

Pour ce qui est du développement primitif du cancer dans le poumon, il nous paraît inutile de le discuter, aucun autre organe ne nous ayant présenté de lésions susceptibles d'être interprétées comme l'origine du cancer; et les seuls qui, outre le poumon, fussent envahis, le foie et les ganglions, l'étant manifestement à titre secondaire.

Quant à l'antériorité de la sclérose, elle nous paraît également évidente : elle occupe le lobe inférieur gauche en totalité, sans être aucunement en rapport avec le siège et la forme du cancer de ce lobe; elle s'accompagne de lésions de dilatation des bronches dans un autre lobe, et enfin se montre à l'examen microscopique comme une lésion fort ancienne. Son origine est difficile à préciser; elle ne paraît affecter aucun rapport avec l'anthracose des poumons, qui est aussi prononcée dans les lobes non sclérosés que dans le lobe inférieur gauche; et nous pensons plutôt qu'elle doit être le reliquat de quelque broncho-pneumonie de l'enfance, dont le souvenir s'était effacé de la mémoire de notre malade. Ce cancer primitif du poumon ne s'est pas développé aux dépens du revêtement bronchique; cette hypothèse est exclue par l'apparence de l'épithélium, la formation des globes épidermiques, l'absence d'éléments cylindriques. Il est donc probable que c'est aux dépens de l'épithélium alvéolaire, déjà modifié, déjà revenu à l'état embryonnaire sous l'influence de la sclérose, qu'il s'est développé. Nous avons signalé la présence du streptocoque pyogène dans le pus retiré par ponction durant la vie. Ce même parasite se retrouvait sur les coupes, infiltrant les parois de la caverne. Il nous paraît avoir joué un grand rôle dans les phénomènes d'ulcération du cancer, et d'autre part nous permet d'expliquer la fièvre observée chez le malade, que n'auraient pu causer les lésions tuberculeuses absolument tardives qui existaient en même temps.

10. Tuberculose des voies biliaires; par M. Toupet, interne des hôpitaux.

M. Toupet présente à la Société un foie atteint de tuberculose des voies biliaires, avec formation de cavernes biliaires. Cette forme de tuberculose hépatique a déjà été décrite macroscopiquement depuis longtemps par MM. Rillet et Barthez; au point de vue microscopique, elle a été bien étudiée dans ces temps derniers par M. Sabourin. La pièce actuelle offre quelques particularités qui n'ont pas encore été observées jusqu'ici. D'abord, en incisant les canaux hépatiques on voit qu'ils communiquent largement avec les cavernes biliaires; d'autre part, sur les parois de ces canaux, on trouve un petit semis de granulations grisâtres,

EN VENTE
Aux Bureaux du *Progrès médical*

LEÇONS
SUR LES
MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
Professées à la Salpêtrière
Par J.-M. CHARCOT
ET RECUEILLIES PAR
MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette.

Tome III, 2e fascicule.

Un vol. in-8 de 380 p. avec 64 fig. dans le texte. — Prix : 9 fr.; pour nos abonnés, prix, 6 fr. — Ce fascicule *complète* le TOME TROISIÈME.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Plusieurs de nos abonnés nous réclament les tables des matières des deux volumes parus en* 1886. — *La table du premier semestre a paru dans* **le numéro 35 de 1886**, *et la table du deuxième semestre dans* **le numéro 5 de 1887**. — *Nous prévenons nos abonnés que, conformément à nos avis précédents, les quittances de réabonnement sont mises en recouvrement.*

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — 14e Session. — Grenoble, 1885. — Volume in-8 de 310 pages, avec plan. — Paris, 1886. — Au secrétariat, 4, rue un Antoine-Dubois.

DUBOIS (R.). **Thèses présentées à la Faculté des sciences de Paris pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles.** 1re thèse : **Les élerides lumineux. — Contribution à l'étude de la production de la lumière par les êtres vivants** ; — 2e Thèse : **Propositions données par la Faculté.** Volume in-8 de 276 pages, avec 9 planches lithographiques hors texte et 30 figures. — Meulan 1886. — Imprimerie de la *Société zoologique de France.*

PICARD (H.). — **De l'incontinence nocturne d'urine essentielle.** Brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés . . . . 35 c.

RAISON (A.-G.)— **Des traitements des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle.** Vol. in-8 de 42 pages. Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés. . 1 fr. 70.



PASTILLES GÉRAUDEL
(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)
Agissant par Inhalation et par Absorption
Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.
Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.
Les Pastilles Géraudel ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.
Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.
PASTILLES GÉRAUDEL
MARQUE DÉPOSÉE
Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.
Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.
Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.
En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.
Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.
Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.
L'ÉTUI : 1'50 DANS TOUTES PHARMACIES
Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur
A. GÉRAUDEL
Pharmacien à Ste-Ménehould (Marne)
(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

qui ne sont autres que des granulations tuberculeuses. Cette communication des cavernes biliaires avec les gros canaux hépatiques n'avait pas encore été observée, au dire de M. Sabourin. La présence des granulations tuberculeuses sur la paroi des canaux hépatiques, la constatation des follicules tuberculeux dans la paroi des cavernes biliaires sont en contradiction formelle avec l'opinion de Cruveilher, qui considérait ces lésions comme de l'angiocholite simple, et établissent d'une façon irréfutable la nature de ces cavernes.

11. M. Hallé présente le coude d'un enfant chez lequel on avait diagnostiqué d'abord une *fracture* ou une *contusion* du coude. Le gonflement disparu, on constate une dépression au-dessous de l'épitrochlée, avec un déplacement de la tête du radius et de l'olécrâne qui font porter le diagnostic de *luxation incomplète du coude en dedans* Peu de temps après l'enfant meurt d'une broncho-pneumonie, complication d'une rougeole.

A l'autopsie, on trouve une *fracture sus-condylienne* détachant la trochlée, le condyle et l'épitrochlée. Le trait de fracture est plus bas que le lieu d'élection de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, et semble cependant plus haut que la ligne épiphysaire.

M. Broca rappelle que la thèse de Bertaumier montre que le lieu d'élection de cette fracture est plus bas qu'on ne le dit généralement.

M. Jalaguier pense que c'est là un décollement épiphysaire.

M. Quénu a vu dernièrement un enfant de 6 à 7 ans présentant la même déformation, chez lequel, comme dans le cas actuel, il n'a jamais pu obtenir la flexion au delà de l'angle droit.

12. M. Hallé présente un *maxillaire inférieur nécrosé* provenant d'un enfant qui était tombé sur le menton. Huit jours après cette chute, il se produit du gonflement, accompagné de phénomènes généraux, et des abcès qui sont ouverts. On a affaire là à une ostéo-myélite où le traumatisme a peut-être joué un rôle.

13. Rapport sur la andidature de M. Hallé ; par M. Babinski.

Parmi les observations présentées à la société par M. Hallé, nous en releverons deux qui ont trait à deux formes différentes d'une même affection. Il s'agit dans ces deux cas de sarcome mélanique, à début cutané. C'est d'abord l'histoire d'une femme de 45 ans chez laquelle se développe lentement dans la matrice de l'ongle du pouce droit une petite tumeur violacée qui fait tomber l'ongle. D'abord creusée, puis détruite par grattage et cautérisation, cette tumeur récidive, s'ulcère, et 10 mois après la première intervention, elle nécessite l'amputation du pouce, et l'ablation de deux ganglions brachiaux sur le trajet de l'artère humérale : Tumeur et ganglions d'un noir d'encre, ont la structure *du sarcome fasciculé mélanique*. Un an après, récidive dans les muscles de l'avant-bras, et notamment dans le long fléchisseur du pouce : l'avant-bras amputé dans le service de M. Périer est présenté à la société par M. Boiffin. La malade sort encore une fois guérie : dans ce cas, marche lente et récidives locales pendant 2 ans au moins.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 52 ans, chez qui l'évolution fut tout autre. En juillet 1884 elle est opérée par M. Monod à l'hospice d'Ivry d'une petite tumeur mélanique cutanée siégeant à l'hypogastre : en même temps, ablation de ganglions inguinaux à gauche. Les plaies sont cicatrisées rapidement; mais trois semaines après, récidive dans la cicatrice hypogastrique. En septembre de la même année, trois mois après l'opération, elle entre dans le service de M. le Dr Guyot, pour des troubles viscéraux : on constate les petits nodules noirs de la récidive, la tuméfaction du ventre et du foie, de la dyspepsie, des vomissements, un peu de dyspnée sans signes physiques, et la malade qui ne s'alimente plus succombe cachectique dans le même mois. La généralisation est pour ainsi dire complète. Les ganglions inguinaux droits sont pris : Le foie énorme est mou, presque uniformément infiltré de tissu noir, en noyaux confluents : La rate en présente une trentaine : Sur le péritoine diaphragmatique notamment existent des trainées de petites *végétations noires, molles, pédiculées*, qu'on retrouve aussi très développées sur la plèvre pariétale ; sur la plèvre viscérale elles sont très marquées, et paraissent suivre des trajets vasculaires: Les poumons sont farcis de noyaux mélaniques nombreux, de volume variable, superficiels et profonds : Les reins n'en ont que quelques-uns, très petits à leur surface, ainsi que le cœur, l'endocarde et le péricarde. L'examen histologique du foie et des ganglions *montre un sarcome mou à petites cellules rondes* pigmentées, avec amas pigmentaires libres. Voici donc deux cas de sarcome mélanique cutané, dont l'un marche lentement et récidive plusieurs fois localement avant de se généraliser : dont l'autre est suivi à courte échéance de généralisation totale, d'infection, pour ainsi dire, évoluant avec une extrême rapidité, atteignant les lymphatiques, les viscères et les séreuses, où les lésions présentent la forme de végétations spéciales. Dans le premier cas c'était du sarcome fasciculé; dans le second du sarcome mou à petites cellules rondes. Ces différences marquées dans la marche, et la gravité correspondant à deux variétés d'une même tumeur, font l'intérêt de ces deux observations, et de leur comparaison.

M. Féré est nommé *membre honoraire* sur sa demande.

MM. Frémont, Léonard et Daniel Van Duyse (de Gand), sont nommés *membres correspondants*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 février 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Monod lit un rapport sur une observation de M. Jobard (de Vassy), intitulée : *Rétrécissement traumatique de l'urèthre, uréthrotomie interne et mort foudroyante.* Ce rétrécissement, consécutif à une rupture de l'urèthre par chute à califourchon, compliqué d'une fistule périnéale, était d'un calibre très étroit. L'uréthrotomie interne fut faite avec la lame moyenne de l'instrument de Maisonneuve. La mort survint très peu de temps après. M. Jobard croit qu'elle doit être attribuée à une septicémie ; aussi conclut-il à l'emploi exclusif dans des cas analogues de l'uréthrotomie externe, conclusion certainement trop absolue et tirée d'un fait malheureux. M Monod cite la statistique de M. Guyon qui opère souvent ces rétrécissements d'origine traumatique par l'uréthrotomie interne d'autre part une mort aussi rapide peut survenir à la suite de la même intervention dans des cas de rétrécissement non traumatique. La mort pour lui est due à de la congestion rénale, les reins étant malades antérieurement et depuis longtemps. Cette congestion survenant sous l'influence du traumatisme opératoire porte les accidents rénaux au maximum, d'où mort. M. Jobard dit que son malade n'était pas albuminurique, mais cela ne prouve rien. On sait que dans la néphrite interstitielle chronique, et celle de cause chirurgicale surtout, l'albuminurie est toujours très peu marquée, quand elle existe.

M. Berger croit que les conclusions de M. Monod sont un peu absolues. Le mécanisme de la mort est douteux, puisqu'on n'a pas fait l'autopsie. Il cite cependant un fait qui montre bien que le mécanisme invoqué par M. Monod peut être constaté à la nécropsie.

M. Terrier dit que M. Jobard n'a pas pris de précautions antiseptiques. Quant à lui, il a l'habitude avant de faire des opérations sur les organes urinaires de faire absorber du borate de soude à ses malades. Quand l'urine en contient une quantité notable, ce qui arrive au bout de peu de temps, il opère et ne donne jamais de sulfate de quinine ; il n'a jamais d'accidents fébriles, ce qu'on observe pourtant quelquefois dans les services où ces opérations sont pratiquées couramment.

M. Monod fait un rapport oral sur un *appareil* présenté à la Société de chirurgie par M. Monnier et destiné à redresser le *pied-bot équin*. Il demande qu'on insère dans les Bulletins la figure de cet appareil.

M. Trélat soigne actuellement dans son service un pied-bot équin, déformé par un traitement antérieur, avec un appareil spécial, après avoir fait la ténotomie. Cet appareil consiste en un moulage en tôle avec articulation excentrique et deux longues tiges gouvernées par de gros fils en caoutchouc.

M. Th. Anger n'a retiré aucun bénéfice de l'emploi de l'appareil de M. Monnier dans ces cas. Il ne reste pas appliqué comme il le faudrait.

M. Reclus n'a pas réussi non plus à bien appliquer cet appareil qui est mal toléré, surtout par la peau des individus ayant eu jadis une paralysie infantile.

M. Ollier (de Lyon) croit en effet que cet appareil doit difficilement être maintenu en place. Pour ces pieds-bots, il emploie un appareil silicaté emboitant tout le membre (c'est le point d'appui) et présentant des leviers plus ou moins longs incrustés dans l'appareil. Sur ces leviers, on peut faire des tractions énergiques et les maintenir telles pour combattre le pied-bot.

M. Trélat demande à ce que la figure de cet appareil soit insérée dans les bulletins pour qu'on puisse se rendre bien compte des défectuosités qu'il présente.

Plusieurs membres de la Société protestent. On vote, et l'insertion est refusée. M. le président et M. Kirmisson font remarquer qu'il est inutile de publier le dessin d'un mauvais appareil.

M. Pozzi cite une très intéressante observation intitulée : *Fistule uretéro-vagino-vésicale, opérée et guérie.* Cette variété de fistule est très dificile à guérir et les chirurgiens allemands ont inventé des procédés compliqués pour l'obturer. M. Pozzi a opéré par un procédé spécial sa malade ; déjà en province elle avait subi 11 opérations, toutes suivies d'insuccès, parce qu'on n'avait pas songé à la présence de l'uretère en cette occasion. M. Pozzi indique la façon dont il a fait le diagnostic en cathétérisant l'uretère par la fistule (il a introduit dans ce conduit un cathéter, 21 cent. à peu près) et raconte à ce propos qu'il a vu faire en Allemagne, d'une façon très brillante, le cathétérisme de l'uretère chez la femme par l'urèthre, opération de petite chirurgie qu'en France aucun chirurgien n'a pu mener à bien, pas même lui qui a vu faire pourtant ce cathétérisme. Pour ne pas comprendre l'uretère dans les parties avivées et suturées, il a eu recours au vieux procédé autoplastique de Gerdy ou procédé à deux lambeaux ; la méthode américaine est évidemment préférable dans les cas de fistule vésico-vaginale ordinaire, mais non pas dans les cas semblables au sien.

M Trélat a fait deux fois des opérations analogues par des procédés un peu différents.

M. Houzel (de Boulogne) lit une observation de *fistule vésico-uréthro-vaginale consécutive à un accouchement, opérée par la méthode américaine et guérie.* (Renvoi à une commission.)

M. Reynier lit un mémoire sur les *réflexes tendineux chez les diabétiques, les alcooliques et les surmenés, et sur l'importance de leur constatation au point de vue de l'intervention chirurgicale.*

M. Terrillon présente une malade à laquelle il a fait une *cholécystotomie* pour une tumeur paraombilicale, qui n'était autre que la vésicule biliaire, contenant 300 grammes de liquide et deux calculs. Il a réséqué une partie des parois de cette vésicule qui fut suturée à la peau. Une fistule a persisté pendant assez longtemps, mais s'est fermée après des cautérisations au fer rouge. Il insiste sur ce fait à savoir que cette malade, qui est jeune, n'a jamais eu de coliques hépatiques ni de phénomènes biliaires, et qu'il a dû l'opérer pour un amaigrissement très prononcé et une dénutrition poussée à un tel point qu'une intervention quelconque était absolument urgente. Depuis qu'elle est guérie, elle a repris de l'embonpoint.

M. Terrier présente, de la part de M. Luc, un instrument destiné à dilater l'arrière cavité des fosses nasales pour faciliter l'exploration de cette cavité.

M. Poncet (de Cluny) est nommé membre honoraire de la Société.

Marcel Baudouin.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

V. Demme. — **Rheumatische Trismus und Tetanus mit Conin behandelt** (Un cas de tétanos rhumatismal traité par la cicutine). (*Centralblatt fur gesammte Medicin*, n° 3, p. 51.)

VI Schmitz. — **Erfahrungen uber die Steinoperation bei Kindern** (L'opération de la pierre chez les enfants). (*Archiv. fur klinische Chirurgie*, Bd. XXX, p. 427.)

VII. Muller. — **Die Hasenscharten der Tubinger chirurgischer Klinik** (Les becs de lièvre observés à la clinique de Tubingue). (*Berliner Wochenschrift*, p. 87, n° 3.)

V. Demme a traité avec succès par le bromydrate de cicutine un enfant de sept ans pris, après avoir été mouillé, d'accès de tétanos très violents. Par suite du trismus, il donna d'abord, à deux heures d'intervalle, deux injections sous cutanées renfermant chacune 0 gr. 0025 d'alcaloïde. Dès la seconde injection, le trismus cessa et l'enfant put s'alimenter. Quand la contracture des muscles masticateurs commença à reparaître, on fit immédiatement prendre par la bouche une nouvelle dose de 0 gr. 0025. Celle-ci fut suivie de deux autres, à deux et à quatre heures d'intervalle, qui entraînèrent le relâchement complet des muscles des membres et du tronc. Quatre autres doses le lendemain et deux le surlendemain, suffirent à amener la guérison complète. Mais le malade conserva longtemps une très grande faiblesse, surtout dans les jambes. La contraction musculaire était remarquable par sa lenteur. Tandis que l'enfant était sous l'influence de la cicutine, les principaux effets physiologiques observés furent l'augmentation de la salive, — la fréquence et l'irrégularité de la respiration, — la diminution des réflexes cutanés et tendineux.

VI. Schmitz n'a pas pratiqué moins de 95 fois l'opération de la pierre chez des enfants de moins de treize ans. Sa statistique comprend 41 tailles hypogastriques, 15 tailles périnéales médianes, 13 tailles latéralisées, 18 lithotrities et 11 uréthrotomies simples.

1° *Taille hypogastrique.* Avant l'emploi de la méthode antiseptique, Schmitz n'a pas eu moins de 10 morts sur 18 opérés. Depuis, au contraire, 23 autres cas lui ont donné 18 guérisons. La mortalité n'en reste pas moins considérable. Aussi Schmitz, qui jusqu'ici n'avait employé ni la suture vésicale, ni la sonde à demeure, se contentant de réunir en partie la plaie extérieure et de placer deux drains, l'un dans la vessie, l'autre dans la cavité prévésicale, semble-t-il disposé à modifier son procédé sur ces deux points. Parmi les dangers de l'opération, il insiste surtout sur la blessure du péritoine. Sa disposition, ordinairement élevée chez l'enfant, inspire à cet égard une fausse sécurité et Schmitz l'a intéressé deux fois dans ses opérations. Notons que Schmitz n'emploie pas le ballon de Pétersen.

2° *Taille périnéale médiane.* Sur 16 opérations, Schmitz n'eut que 3 morts, dont 1 par scarlatine. Huit fois, il y eut des hémorrhagies assez abondantes, la grosseur de la pierre ayant forcé à intéresser le bulbe uréthral. Aussi Schmitz recommande-t-il de ne pratiquer l'opération qu'à partir de 8 ans et quand les pierres ne dépassent pas 2 centimètres. Un autre inconvénient de ce procédé est la lenteur de la cicatrisation de la place uréthrale, qui exige souvent des mois. Deux fois même, Schmitz vit une fistule uréthrale et quatre fois une incontinence d'urine persistante.

3° *Taille latéralisée.* Quatre morts sur 13 opérés. Cette taille, qui expose moins que la précédente à l'incontinence d'urine, expose peut-être plus à la stérilité.

4° *Lithotritie.* Pratiquée 18 fois, elle n'a donné que de très médiocres résultats, 2 décès, et seulement 5 guérisons complètes. Schmitz n'emploie jamais la litholapaxie. Il a, d'ailleurs, tendance à renoncer à la lithotritie elle-même, sauf dans des calculs phosphatiques et chez les petites filles.

VII. De 1843 à 1885, 270 becs de lièvre ont été observés à la clinique de Tubingue, mais 255 seulement ont été

opérés. La mortalité fut extrêmement faible, puisque 6 opérés seulement succombèrent.

L'opération fut toujours aussi tardive que possible. Peu d'enfants (18/000) furent opérés dans les cinq premiers mois. C'est surtout pour les cas compliqués qu'une intervention trop précoce est dangereuse.

Dans les cas difficiles, Müller croit l'extirpation de l'os intermaxillaire préférable au refoulement. La mortalité serait moindre et le résultat esthétique plus satisfaisant. A propos de quatre malades traités par le refoulement et revus longtemps après, il note que la fusion de l'os intermaxillaire avec les os voisins ne s'était pas faite. Mais les adhérences ligamenteuses (3 cas) ou osseuse (1 cas), étaient suffisantes pour permettre la mastication.

A.-F. Plicque.

THÉRAPEUTIQUE

De l'huile de foie de morue.

Les propriétés de l'huile de foie de morue participent de sa composition générale et son effet total ne peut être que la résultante des actions combinées de ses principes divers.

N'y voir qu'un médicament iodique et prétendre lui substituer, comme on l'a tenté systématiquement, une huile végétale quelconque additionnée d'iode ou d'iodure de potassium, est une erreur manifeste. C'en est une du même ordre de compter retrouver toutes les vertus de l'huile, sous forme condensée, dans un extrait ; aucun extrait ne saurait réunir la totalité des composants de l'huile, ni surtout les offrir dans leur arrangement naturel. L'huile de foie de morue est irréductible en principes actifs. Car, à ne considérer parmi ceux-ci que le phosphore, par exemple, et sa combinaison le phosphate de chaux, existe-t-il des conditions plus favorables à son absorption que celles où ce corps se rencontre dans les huiles de morue ? Il s'y présente, en effet, en association avec la glycérine et les acides gras, et, d'après les recherches les plus récentes, ce serait à l'état d'acide phosphoroglycérique que le phosphore s'unirait à la chaux dans les tissus. Sans aucun doute, l'administration de l'huile de foie de morue est un des plus sûrs moyens de faire pénétrer le phosphate de chaux dans l'économie.

Il n'est pas moins naturel de penser que l'iode existant dans l'huile de morue, en outre de son action propre, doit aider à l'absorption des autres substances auxquelles il est associé. A raison du mouvement moléculaire ou d'échanges organiques qu'il provoque, l'iode peut être considéré comme un excellent introducteur des matériaux destinés à l'absorption.

A un autre point de vue, l'huile de foie de morue, en tant que corps gras, présente cette particularité remarquable d'être assimilée en plus forte proportion que les huiles ou graisses d'origine végétale ou animale. Cette propriété a été mise en évidence par le chimiste Berthé dans des expériences nombreuses, bien conduites et longtemps continuées, qui furent l'objet de mémoires et de communications très remarquées à l'Académie de médecine.

Ces données physiologiques, confirmées par les résultats de la clinique, faisaient dire au professeur Martin-Damourette que l'huile de foie de morue était le corps gras le plus assimilable, l'aliment calorifique et respiratoire par excellence, et le plus susceptible de produire l'engraissement. Il estimait que, dans cet état, le corps gras est tout préparé à l'absorption et comme en partie digéré. Cette opinion est corroborée par des recherches toutes récentes. En effet, dans ces temps derniers, l'action de l'huile de morue a aussi été considérée en relation avec les sels biliaires, le tauro et le glycholate de soude, qu'elle contient. On a démontré que ces principes interviennent utilement dans la digestion en général, et dans l'absorption de substances grasses, en particulier, par la propriété qui leur appartient spécialement de permettre aux villosités intestinales d'être mouillées et imbibées par les corps gras (G. Sée).

De tout ce qui précède, il résulte que, pour jouir de tous ses moyens, l'huile de foie de morue doit rester *naturelle* autant que faire se peut ; c'est dire que, dans sa préparation, on doit éviter de détruire ces combinaisons organiques qui unissent l'iode, le brome, le phosphore à la chaux et aux sels biliaires.

Un des effets et un signe à la fois de la destruction de ces combinaisons, c'est un degré d'acidité plus ou moins prononcé ; en effet, par suite d'une modification survenue dans les arrangements moléculaires, il se forme des acides phosphoriques, iodidhriques, bromhydriques, etc., au lieu des combinaisons organiques de ces mêmes radicaux. Ces combinaisons nouvelles et l'acidité correspondante se montrent à la suite de procédés de fabrication défectueuse, que l'huile soit obtenue par la méthode primitive qui consiste à abandonner les foies à la fermentation putride, ou bien par la vapeur surchauffée, suivie de l'expression des foies.

Il est d'autres imperfections de l'huile de foie de morue très nombreuses et qui tiennent non à de mauvais procédés, mais à des fraudes coupables. Un seul exemple suffit à montrer jusqu'où l'on peut aller dans cette voie : il est des industriels qui achètent les résidus de fabrication de l'huile de morue — les dégras — et qui s'en servent pour aromatiser et donner la saveur de poisson à des huiles quelconques.

Enfin, pour complaire aux malades, on a cherché à corriger la saveur naturelle de l'huile de morue. Dans ce but, on a employé divers agents chimiques ou le charbon. Ces mêmes opérations ont aussi pour effet de décolorer l'huile plus ou moins complètement. Mais s'il est vrai, comme l'enseigne G. Sée, que la couleur, par elle-même, soit indifférente à la qualité de l'huile, il n'en est pas moins vrai qu'une huile décolorée doit inspirer des craintes au point de vue de sa composition. Car, suivant les recherches de Berthé, les opérations subies par les huiles pour être présentées sous cet aspect, n'ont pu manquer d'altérer sa constitution originelle. Des analyses multiples ont montré à ce chimiste que la plupart des huiles décolorées sont très pauvres en principes minéraux, en phosphore notamment.

Quant à la saveur, celle de l'huile obtenue par les procédés institués par Berthé est très supportable, bien que, dans cette préparation spéciale, le but poursuivi soit de respecter la composition naturelle de l'huile. La méthode d'extraction inaugurée par Berthé consiste à rejeter d'abord sévèrement tout foie altéré ou corrompu, puis à chauffer modérément les foies au bain-marie, à la vapeur, dans des appareils spéciaux. L'usine de Berthé et ses appareils ont été visités par une commission de l'Académie de médecine, déléguée à cet effet, et cet examen a été suivi d'un rapport favorable approuvé par cette Compagnie.

On recueille seulement l'huile qui exsude d'elle-même, sans jamais exprimer les foies. C'est ainsi qu'on obtient un produit constant, une huile vierge, colorée, mais non altérée dans sa constitution organique, peu sapide, peu ou point acide, et contenant une proportion de métalloïdes double ou moyenne de celle contenue dans les huiles du commerce. On a même reproché à l'huile de Berthé de contenir une quantité de phosphate de chaux plus considérable que celle qui se trouve dans les huiles ordinaires. « Mais, dit Berthé, ce que l'on m'imputait à crime est justement l'un des caractères que je m'attache avec le plus de soin à conserver à ce médicament. »

Le professeur Bouchardat, qui estimait beaucoup l'huile de morue de Berthé, dont il faisait usage pour son propre compte, attribuait en partie à ce médicament la conservation de ses forces et de ses facultés dans un âge très avancé, et son jugement confirme aussi ce que nous disions ci-dessus de ses propriétés organoleptiques : « Je regarde l'huile de foie de morue de Berthé, préparée à l'aide de foies frais, comme aussi efficace que celle de Terre-Neuve, préférable à elle, parce qu'elle n'est pas repoussante. » — Pr Bouchardat. (Formulaire.)

BIBLIOGRAPHIE

Un cas de grande hystérie chez l'homme; par Jatkimoff (Communication à la Société d'aliénistes de Saint-Pétersbourg).

Un israélite, âgé de 44 ans, présente les phénomènes suivants : faiblesse de fonction des muscles volontaires, exagération énorme de tous les réflexes; épilepsie spino-cérébrale (Fuss Tonus), anesthésie complète bilatérale de la face, de la tête, des membres thoraciques, à partir de la région du coude, et de la partie inférieure du tronc, à partir de la ceinture pelvienne. L'odorat est complètement aboli ; la sensation du goût existe, seulement pour les substances amères ; la vision présente les phénomènes de la dischromatopsie bilatérale ; les champs de la vision sont rétrécis; en outre, on trouve des scotomes centraux. Le sens musculaire est perdu. Le malade réagit normalement sur les deux sortes de courants. Les points hystérogènes se trouvent sur les vertèbres dorsales inférieures, sur le cordon spermatique et le scrotum. La métalloscopie donne des résultats positifs. Les transferts de la sensibilité réussissent aussi bien à l'aide de la galvanisation que de la faradisation. De plus, au moyen d'irritations faibles périphériques ou la pression sur les orbites, il est facile de mettre le malade en état d'hypnose. Et alors on observe sur lui les trois périodes : celles de léthargie, avec hyperexcitabilité neuro-musculaire et des mouvements automatiques, de catalepsie avec *flexibilitas cerea extremitatum*, et, enfin, de somnambulisme. Dans cette dernière période on observe un phénomène très caractéristique et relativement rare, celui de l'échololie. Tous les sons et mouvements produits devant le malade sont répétés immédiatement et exactement sur lui-même. De plus, par la suggestion, on réussit à lui imposer des hallucinations diverses du goût, de la vision ou de l'ouïe. Tantôt il se voit dans un jardin, tantôt il entend des aboiements de chien, etc. On observe aussi une perversion des sensations du goût ; ce qui est amer est pris pour sucré et réciproquement. Etant réveillé, le malade peut accomplir, sans aucune conscience, toute action qui lui a été suggérée à l'état de somnambulisme. Il explique qu'il ne peut pas résister au désir d'accomplir telle ou telle action quoiqu'il n'en trouve aucune explication quand il transporte, par exemple, un objet quelconque d'une place à une autre. Il résulte de recherches de Jakimoff que les mouvements convulsifs qui apparaissent au début de l'hypnose peuvent être facilement supprimés par la pression sur le cordon spermatique. Il a trouvé aussi que la résistance de la peau (recherches faites à l'aide du galvanomètre et du rhéostat) varie considérablement suivant que le malade est ou n'est pas hypnotisé. Les phénomènes maladifs cités plus haut se sont développés peu à peu à la suite des excès vénériens auxquels le malade se livrait il y a quelques années. Cependant le malade avait encore, avant cette époque, des attaques épileptiques. J. Roubinovitsch.

VARIA

Technique dentaire. — Considérations générales.

Bien que la chirurgie, dans ses diverses branches, n'ait pas pour but principal de faire disparaître brutalement de l'économie un organe atteint par la maladie, mais bien de modifier cet organe lésé et le ramener sinon totalement à son fonctionnement primordial, tout au moins lui permettre de rendre encore de précieux services, il n'en est pas moins vrai que le praticien a quelquefois, dans certains cas, affaire à des lésions tellement profondes, que la méthode sanglante doit être employée, sous peine de voir le malade succomber à l'affection dont il est porteur.

Dans l'art dentaire, qui n'est qu'une branche de la chirurgie générale, au même titre que l'otologie, la laryngologie, l'ophtalmologie, il arrive que le praticien soit obligé, pour des raisons qui n'ont rien de scientifique, d'extraire à ses clients des dents que certains soins attentifs auraient pu conserver.

Nous n'hésitons pas à dire ici que toutes les fois qu'il y a possibilité de sauver les dents d'un patient, il le faut faire, et se rappeler que lors même, les trente-deux dents dont nous pouvons être porteurs, seraient constellées d'or ou d'un autre métal, elles rendront toujours un plus grand service à son propriétaire, que si ce dernier les avait fait extraire et remplacer par un appareil de prothèse, si bien fait qu'il fût. C'est dans notre profession surtout qu'il faut être conservateur, mais il ne faut pas non plus hésiter à procéder aux extractions jugées nécessaires.

L'extraction des dents n'est point chose aussi facile que le public se le figure. L'ignorant, qui ne doute de rien, arrache une dent comme s'il arrachait un clou. Le jeune praticien qui connaît son anatomie et les dangers consécutifs à une extraction mal faite, est beaucoup plus hésitant. Si des empiriques, dont le nombre est actuellement trop considérable, ont pu se servir impunément d'instruments d'une mécanique surannée, qu'un sage manuel opératoire repousse de la pratique, il n'en est pas moins vrai qu'un nombre respectable d'accidents mortels ont suivi cette opération, qui paraît si bénigne quand elle réussit.

La question des instruments est chose grave. Nous y reviendrons en temps et lieu Quels qu'ils soient, on ne les peut mettre en main d'un pratiquant sans, au préalable, lui avoir démontré ou donné les premières notions du manuel opératoire pour chaque instrument. L'élève en médecine, futur praticien, n'a guère de temps à consacrer à cette branche spéciale de la chirurgie. En aurait-il qu'il ne le pourrait faire, aucune chaire d'odontologie n'existant dans les Facultés de médecine. Néanmoins, dans la province où il ira s'établir, il sera fort souvent consulté pour les affections dentaires. Que de villes importantes manquent de dentistes ! Les grands centres n'offrent quelquefois au public que quelques praticiens consciencieux et de valeur.

La bouche humaine est actuellement, en France, entre les mains d'ignorants patentés, ayant tout fait, sauf de la médecine et de la science, ce qui n'a pas peu contribué à faire déprécier la profession de dentiste. Quelle garantie un malade peut-il avoir? Aucune étude, nul examen ne sont nécessaires pour exercer cette profession.

De l'audace et de l'aplomb suffisent pour réussir, et remplacent avantageusement tout diplôme.

Deux groupes différents de dentistes français, sentant parfaitement l'infériorité de notre profession, ont créé chacun de leur côté, une école dentaire. Ces deux institutions fonctionnent à Paris. L'une entre dans sa cinquième année d'exercice, et l'autre dans sa deuxième. La première, malgré ses allures d'indépendance, n'en fait pas moins ressortir dans ses comptes rendus annuels l'approbation donnée à son œuvre par des maîtres éminents de la Faculté de Paris et de l'Académie de médecine. La seconde s'est placée ouvertement sous un patronage scientifique quasi-officiel, espérant devenir plus tard officielle elle-même, comme elle le dit fort bien, tant il est vrai qu'en France nous considérons comme nul et non avenu tout ce qui ne porte pas l'estampille gouvernementale.

Nous regrettons fort pour notre part ce mode de procéder, qui ne fait que tuer de plus en plus l'initiative individuelle et entraver par cela même tout progrès.

Si Paris possède des moyens d'instruction dans la branche dentaire, les grands centres provinciaux en sont totalement dépourvus, Lille excepté. Cependant, tout étudiant ne peut aller à Paris. Aussi fort heureux sont ceux qui, en province, dans le cours de leurs études médicales, trouvent quelques dentistes estimés à la fois du public et du corps enseignant, qui les puissent faire profiter de leur science et expérience *in arte dentariâ*.

Nous-même, qui fûmes attaché à divers services dans différents hôpitaux, pendant le cours de nos études médicales, à Paris et autres lieux, nous nous sommes livré dans les salles de consultation à la pratique de ce qu'il était convenu d'appeler la *petite chirurgie*. L'extraction des dents faisait partie de cette pratique. Sans guide ni conseils, et la plupart du temps aidé par des collègues dont le bagage expérimental était aussi léger que le nôtre en ces matières, nous savons assez combien sont pénibles, et quelquefois décourageants pour le jeune pra-

ticien, les débuts dans les opérations qui se pratiquent sur les dents. Nous ne narrerons pas ici tous les accidents qui nous arrivèrent et ceux qui arrivèrent à nos collègues. Nous nous contenterons de dire qu'ils se présentent encore aujourd'hui, dans tous les hôpitaux, où depuis plus de vingt années, aucune amélioration dans l'arsenal chirurgico-dentaire n'a été faite. La clef de Garengeot que Malgaigne avait si fort en horreur, espèce d'instrument de torture d'un autre âge, qui devrait être relégué dans un musée à côté des pélicans dont se servaient nos ancêtres du siècle dernier, est encore en grande vogue. Qui plus est, on a même poussé l'ignorance de l'anatomie et de la physiologie dentaires chez les enfants, jusqu'à fabriquer des clefs spéciales pour les dents temporaires, dont les racines sont ordinairement résorbées au moment où il est nécessaire de procéder à leur extraction. Quand ces dents résistent à la pression du doigt, elles viennent facilement avec une pince.

La clef de Garengeot n'a jamais été construite d'après les données anatomiques de la dent. Son application est toujours désastreuse, il la faut rejeter bien que quelques succès par trop faciles dus à son emploi semblent militer en sa faveur et prévaloir auprès de certains praticiens.

A part les traités spéciaux tout au moins encombrants, pour les médecins qui ne veulent professer l'art dentaire, il n'existe à la portée des étudiants et des praticiens, aucun traité ni manuel concernant spécialement et rien que l'exérèse dentaire, voulant tout à la fois combler cette lacune, et en même temps réduire l'arsenal chirurgical pour la partie dentaire, destiné au médecin, tout en lui conservant le nécessaire, nous avons écrit les lignes suivantes, en donnant pour chaque dent à extraire, le modus operandi qui lui est propre.

Des planches explicatives donnent la forme des différents instruments employés, et la position de la main de l'opérateur pour chaque cas, accompagnent le texte.

M. Cornelsen, de Paris, fournisseur de matériaux dentaires, a mis gracieusement à notre disposition des daviers américains. La collection Ash nous a fourni un modèle, et M. P.-J.-J. Bonnet, étudiant en médecine près la Faculté de Lyon, a bien voulu se laisser mettre à contribution par nous pour dessiner les planches qui complètent ce manuel. Ce dont nous le remercions sincèrement. *(A suivre.)*

Service de santé de l'armée.

Le président de la République française, vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée; vu le décret du 27 mai 1882, qui règle le fonctionnement du service de santé de l'armée; vu le décret du 27 mai 1882, portant création de la direction du service de santé et considérant : 1° Qu'il y a un réel intérêt, au point de vue de la bonne exécution du service et de l'expédition rapide des affaires, à ce que tout le matériel du service hospitalier et tout le service d'exploitation ressortissent à ladite direction; 2° Qu'à cet effet il est indispensable de faire passer de la direction des services administratifs à la direction du service de santé le personnel des officiers d'administration des hôpitaux et des infirmiers militaires; Sur la proposition du ministre de la guerre,

Décrète : Art. 1er. — L'article 3 du 27 mai 1882, qui règle le fonctionnement du service de santé de l'armée, est modifié ainsi qu'il suit ; « Une direction du service de santé est chargée, sous les ordres immédiats du ministre, de traiter toutes les questions se reportant soit au personnel, soit au matériel et aux approvisionnements de toute nature nécessaires au service. Cette direction a dans ses attributions : le personnel des médecins, des pharmaciens militaires, des officiers d'administration des hôpitaux et des infirmiers militaires ; l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires; le matériel des hôpitaux et ambulances. » Art. 2. — L'article 2 du décret du 27 mai 1882, portant création au ministère de la guerre de la direction du service de santé, est modifié ainsi qu'il suit : « Cette direction comprendra un bureau des hôpitaux qui aura dans ses attributions : 1° personnel, organisation, inspection, état civil et militaire des officiers du corps de santé, médecins, pharmaciens et officiers d'administration des hôpitaux militaires, personnel, effectifs, répartition et emploi des infirmiers militaires dans les établissements du service de santé, rapports avec la direction de l'artillerie et celle des services administratifs en ce qui concerne le matériel, la répartition des troupes du train des équipages militaires et l'emploi dans une autre section des officiers d'administration du service de l'intendance, des officiers d'administration des hôpitaux militaires, écoles de médecine et de pharmacie militaires, recrutement des élèves. » Le reste comme au décret du 27 mai 1882 susvisé. Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Circulaire relative aux épreuves écrites de l'examen du certificat d'études exigé des aspirants aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe.

M. le ministre de l'instruction publique a adressé le 15 février la circulaire suivante aux recteurs de chaque Académie :

Monsieur le Recteur, aux termes de l'article 2 du décret du 30 juillet 1886, les épreuves écrites de l'examen qui conduit au certificat d'études institué par ce décret sont : une composition française et une version latine de la force de quatrième ; cette dernière épreuve peut être remplacée, au choix des candidats, par une version de langue vivante (anglais ou allemand), de la force de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial. Mon attention est appelée sur les candidats à ce certificat, élèves de l'enseignement secondaire spécial, qui, dans les académies de Paris, Aix, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, ont pu régulièrement suivre les cours d'Italien ou d'Espagnol des lycées de ces académies et que l'obligation de composer en Anglais ou en Allemand écarte de l'examen. Afin de faciliter à cette catégorie de candidats l'obtention du certificat dont il s'agit, j'ai décidé que dans les académies qui viennent d'être désignées, les candidats au certificat d'études exigé des aspirants aux grades d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe qui, à l'épreuve écrite, ne composeraient pas en latin, auraient la faculté de faire la version de langue vivante indifféremment sur l'anglais, l'allemand, l'italien ou l'espagnol. Je vous prie de donner à ces instructions, qui complètent ma circulaire du 20 janvier dernier, toute la publicité nécessaire et d'en assurer l'exécution. Recevez, Monsieur, etc.

Association française pour l'avancement des sciences — Subventions accordées.

L'Association française pour l'avancement des sciences vient de voter les subventions suivantes en faveur des savants et des établissements scientifiques dont les noms suivent. Ce sont : Souscription pour l'INSTITUT PASTEUR, 1,000 fr. — M. VINOT : pour aider à la publication du journal d'astronomie, *Le Ciel*, 120 fr. — Le R. P. LAMEY : pour l'achat d'un microscope destiné à l'étude des corpuscules terrestres et extra-terrestres ou cosmiques, 400 fr. — M. ŒCHSNER DE CONINCK : pour aider à la continuation de ses recherches sur les alcaloïdes de la série pyridique et sur les ptomaïnes, 300 fr. — COMMISSION MÉTÉOROLOGIQUE DE L'HÉRAULT : pour l'acquisition d'appareils enregistreurs destinés à l'observation comparée des phénomènes atmosphériques au sommet de l'Aigoual et à Montpellier, 500 francs. — M. CROVA : pour aider à la continuation de ses travaux sur l'actinométrie, 3,000 fr.; pour cette année (première annuité), 1,500 fr. — M. CAUSSE : pour aider à la continuation de ses recherches sur diverses questions de chimie organique (*subvention de la ville de Montpellier*), 600 fr. — MM. PÉRON et GAUTHIER : pour aider à la publication de leur ouvrage sur les échinides de l'Algérie, 960 fr. — M. FOUQUÉ : pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches sur la vitesse de propagation des vibrations sur le sol, 2,000 fr.; pour cette année, première annuité (*subvention B. Brunet*), 1,000 fr. — M. BAILLE : pour aider à ses recherches sur les caractères géographiques de la flore du Plateau central de la France, 400 fr. — MM. DARDIER et ZALLA : pour aider à recueillir des échantillons d'histoire naturelle dans une exploration du Cap, au Zambèze, 500 fr. — M. MAGNIN : pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux, 500 fr. — M. CAZIN : pour l'achat d'un microscope, 300 fr. — M. LATASTE : pour contribuer à la publication de ses recherches sur les mammifères de Barbarie, 300 fr. — M. R. DUBOIS : pour aider à la continuation de ses recherches sur la luminosité chez les êtres organisés, 200 fr. — M. DUTILLEUL : pour aider à la publication de ses recherches sur les hirudinées marines, 300 fr. — M. REGNAULT : pour aider à la continuation

de ses fouilles dans les grottes de Gargas et d'Aubar (*subvention de la ville de Paris*), 400 fr. — M. SIRODOT : pour aider à la publication de ses recherches paléontologiques au Mont-Dol, 1,200 fr. — M. E. RIVIÈRE : pour aider à l'exploration du gisement de Moulin-Quinat, 300 fr. — M. FICATIER : pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques, 300 fr. — M. QUINQUAUD : pour aider à la continuation de ses travaux sur le sang, 500 fr. — MM. BLEICHER et BARTHÉLEMY : pour aider à la continuation de leurs fouilles d'archéologie préhistorique, 200 fr. — BOURSES DE SESSION, 600 fr.

Crémation.

Un congrès international des délégués des sociétés et des amis de la crémation, dû à l'initiative de la commission internationale, se tiendra à Milan, pendant le mois de septembre 1887. — Le but de ce congrès est d'assembler les savants de tous les pays, qui voudront étudier en commun les questions se rattachant à la crémation et à l'hygiène des cimetières. Voici le programme : 1° Relation générale concernant les progrès de la crémation chez les différentes nations. 2° Projet de constitution d'une Ligue internationale entre les sociétés de crémation. 3° Projet de législation internationale, relatif au transport des cadavres d'un pays à un autre, à la Crémation et à la conservation des cendres, sous le point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale. 4° Relations sur les conditions hygiéniques des cimetières chez les différentes nations. — Rapporteurs : MM. les délégués des sociétés de chaque nation. 5° Des différents systèmes de crémation considérés sous le point de vue technique, moral, hygiénique et économique. 6° Projet de législation internationale relatif à la liberté des funérailles.

EXPOSITION : Dans le but de mettre toujours plus en évidence les progrès de la Crémation et la perfection des moyens adoptés pour l'incinération des morts, une exposition aura lieu durant le congrès.

Cette exposition se composera : 1° De modèles, de plans, de dessins relatifs aux cimetières, aux temples, aux appareils destinés à la Crémation. 2° D'objets inhérents à l'introduction du cadavre dans l'appareil crématoire, à l'extraction des cendres. 3° De modèles, de plans, de dessins relatifs aux cinéraires, aux urnes, à la conservation des cendres. 4° De modèles, de plans, de dessins de chars, de cercueils, de linceuls pour les cadavres destinés à la Crémation. 5° De modèles, de plans, de dessins de chambres mortuaires, de chambres pour constater les décès, pour l'autopsie des cadavres, dans les cas de mort incertaine, soudaine ou suspecte. 6° De livres, d'opuscules, de lois, de règlements inhérents à la Crémation.

Les sociétés et les personnes qui peuvent y avoir quelque intérêt, sont priées de vouloir bien demander, en temps utile, l'espace nécessaire au placement convenable des objets qu'elles désirent exposer.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Fournier, Farabeuf, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Guyon, Budin. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Hayem, Straus.

MARDI 1er. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Ball, Duplay, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) 1re *Série* : MM. Le Fort, Panas, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Grancher, Campenon ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Troisier.

MERCREDI 2. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Farabeuf, Rémy. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Potain, Hayem, A. Robin ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Damaschino, Rendu.

JEUDI 3. — (Epreuve pratique), Médec. opér. : MM. Duplay, Panas, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Dieulafoy, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Debove.

VENDREDI 4. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Fournier, Straus.

SAMEDI 5. — 3e *de Doctorat* (2e partie). 1re *Série* : MM. Jaccoud, Grancher, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Richelot ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Péter, Proust, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Ball, Cornil, Joffroy.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 28. — M. Dubief. Lésions dans la maladie de Parkinson. — M. Graverry. Quelques cas de chirurgie pratique. — *Mardi* 1er. — M. Clado. De la bactérie septique de la vessie. — M. Lowenthal. — Etude comparée sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les Facultés de médecine en Europe. — *Jeudi* 3. — M. Mérigot de Treigny. Hernies du gros intestin. — M. Cohin. Etude sur les variations des poids du corps dans la fièvre typhoïde. — *Samedi* 5. — M. Burgé. Etude sur les paralysies et anesthésies consécutives aux attaques d'épilepsie. — M. Thuau. Abcès froids tuberculeux.

NÉCROLOGIE.

COURBARIEN.

Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort d'un de nos anciens internes, M. COURBARIEN, qui vient de succomber aux suites d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions dans le service d'accouchement à la Charité. Ses collègues, ses amis, ses maîtres, se sont réunis à l'hôpital de la Charité pour lui dire un dernier adieu. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Budin, MM. Pozzi et Maurin, internes des hôpitaux, au nom de ses amis, ont dit un dernier adieu à notre jeune et malheureux élève. Nous reproduisons le discours de M. Budin qui rend à Courbarien, dans les termes les plus touchants, un hommage bien mérité.

Un nouveau deuil vient de frapper l'Internat des Hôpitaux déjà si éprouvé depuis plusieurs années : COURBARIEN nous a été enlevé par la fièvre typhoïde.

Dès le 15 janvier, il se sentit souffrant et conserva le repos presque absolu, quinze jours plus tard son état s'aggrava et le diagnostic ne fut malheureusement plus douteux ; malgré les savants conseils des Maîtres qui le soignaient, de M. le Dr de Beurman et du professeur Potain, malgré les soins assidus de ses collègues, malgré l'empressement du personnel hospitalier qui avait été mis jour et nuit à sa disposition par l'Administration de l'Assistance publique, malgré le dévouement de sa malheureuse mère accourue à son chevet, il a fini par succomber, le 20 février.

Courbarien était âgé de 28 ans ; il était né à Oradour-sur-Glâne, dans la Haute-Vienne, le 23 mai 1858. Son père, qui était instituteur, commença son éducation, et dès l'âge de 17 ans, il était reçu bachelier, après avoir passé quelques années au collège de Saint-Julien et à Limoges ; c'est dans cette dernière ville qu'il fit ses premières études médicales ; il y devint interne dans les hôpitaux généraux, puis dans un service d'aliénés ; après avoir fait une année de volontariat, il se rapprocha de notre capitale et fut interne à l'hospice de Charenton.

A la fin de 1884, il concourut pour l'internat des Hôpitaux de Paris. Après sa nomination, il fut attaché à l'hospice de Bicêtre et l'année qu'il y passa dans le service du Dr Bourneville fut particulièrement féconde. C'est avec ce Maître, qui le tenait en très-haute estime et ne tarissait pas d'éloges sur son compte, que Courbarien publia plusieurs observations intéressantes et une note sur la *Consanguinité au point de vue de l'idiotie, de l'épilepsie et de l'hystérie*. En septembre dernier, il a présenté à un concours, en collaboration avec un de ses collègues, un important travail encore inédit.

Courbarien passa la plus grande partie de sa seconde année d'internat à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de chirurgie du Dr Marchand, et c'est au 1er novembre qu'il vint à la Charité, dans le service d'accouchements ; il y avait rassemblé tous les matériaux de sa thèse, qu'il pensait soutenir dans quelques mois ; en quittant la Charité, le 1er février, il devait entrer à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Th. Anger.

Courbarien était un admirable interne, un des meilleurs parmi les meilleurs. Il faisait son service silencieusement, mais avec une conscience scrupuleuse et une grande douceur. C'était un modeste, un « timide, » ainsi qu'il me le disait lui-même il y a deux mois ; mais quand on l'encourageait à parler, on découvrait chez lui les qualités les plus solides. Et quelle surprise pour tous les élèves du service, quand cet interne à la physionomie calme, froide, immobile même, nous lisait à son tour une observation qu'il avait prise ! Son style, concis et clair, savait mettre en relief chaque particularité et on constatait alors que rien n'avait échappé à son regard attentif. Plusieurs fois,

il fut prié de recommencer une lecture qui devait être pour nous tous un modèle.

Aussi quel chagrin pour tout le monde quand il tomba malade, que d'anxiétés, que d'angoisses!

Que de fois, pour ma part, traversant les cours de cet hôpital et pensant à ceux que j'y ai déjà vu mourir (1), je me surprenais à répéter avec tristesse les vers du poëte qui ne veulent pas sortir de ma mémoire :

Du sommeil de la mort, du sommeil que j'envie
Presque tous maintenant dorment, et dans la vie
Le chemin, dont l'épine insulte à mes lambeaux,
Comme une voie antique est bordé de tombeaux!

Adieu, cher ami, que nous ne reverrons plus, va reposer paisiblement dans ce pays dont tu devais être l'honneur, au milieu des tiens qui t'adoraient; nous qui t'avons connu à l'œuvre, qui t'avons vu faire si modestement et si complètement ton devoir, nous n'oublierons jamais ton souvenir.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 février 1887 au samedi 19 février 1887, les naissances ont été au nombre de 1270, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459; illégitimes, 169. Total, 628. — *Sexe féminin* : légitimes, 489; illégitimes, 183. Total, 642.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 février 1887 au samedi 19 février 1887, les décès ont été au nombre de 1173, savoir : 622 hommes et 551 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19, F. 10. T. 19. — Variole : M. 3, F. 4, T. 7. — Rougeole : M. 30, F. 32. T. 62. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 9. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 20, F. 15, T. 35. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 137, F. 60. T. 197. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 10. T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 5. T, 8. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 22. T. 38. — Méningite simple : M. 15, F. 25. T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 26. T. 54. — Paralysie : M. 2, F. 8. T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5. T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 25. T. 52. — Bronchite aiguë : M. 26, F. 18 T. 44. — Bronchite chronique : M. 26, F. 32. T. 58. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 18. T. 31. — Pneumonie M. 26, F. 39. T. 65. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 18. T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 19, F. 14. T. 33. — Autres gastro-entérite : M. 6, F. 9. T. 15. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 11. T. 11. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 23, F. 23, T. 46. — Sénilité : M. 8, F. 35. T 43. — Suicide : M. 14, F. 5. T. 19. — Autres morts violentes : M. 7, F. 2. T. 9. — Autres causes de mort : M. 100. F. 63. T. 163. — Causes restées inconnues : M. 4. F. 3. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 18. Total : 54, — *Sexe féminin* : légitimes, 34; illégitimes, 9. Total : 43.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE PHARMACIEN DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert le 15 février 1887. Le jury se compose de MM. Lextreit, Vialla, Méhu, Leidié, Yvon, Vigier et de Saint-Germain. Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Blanchard, Causse, Desobry, Duffourc, Gaillard, Gasselin, Héret, Labrulie et Winter.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. LAGARDE, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — A été nommé professeur de zoologie et physiologie animales à la Faculté des sciences de Caen M. JOYEUX-LAFFUIE, docteur ès sciences. — A été nommé professeur adjoint à la Faculté des sciences de Caen, M. PAUCHON, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Les professeurs, les chargés de cours et maîtres de conférences pourvus du grade de docteur à la Faculté des sciences de Lille sont convoqués le lundi 28 février 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Douai, en remplacement de M. Terquem, démissionnaire. — Le 23 décembre 1886, M. MULLER a soutenu devant la Faculté des sciences de Lille, une thèse pour le Doctorat ès sciences physiques intitulée : *Etude sur les amines composant la méthylamine commerciale.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — La chaire de physique de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — M. GÉRARD, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de botanique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté réunie le jeudi 24 février, en assemblée générale, à l'effet de dresser la liste des candidats aux fonctions de Doyen, en remplacement de M. J. Béclard, présente en première ligne M. Brouardel, 37 voix sur 39 votants; M. Jaccoud a eu 1 voix; 1 bulletin blanc. M. Baillon avait posé sa candidature, mais il l'a retirée au moment du vote. On affirme que sans cela la lutte aurait été vive entre lui et M. Brouardel. La Faculté présente. en deuxième ligne M. Jaccoud par 33 voix contre 4 données à M. Dieulafoy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire d'anatomie pathologique et histologie de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 8 août 1887, à ladite Ecole, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos le 7 septembre.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Bâle* : M. le Dr BISCHOFF, professeur de gynécologie et d'accouchements, vient de prendre sa retraite pour raison de santé. — *Faculté de médecine de Leyden* : M. le Dr TEUB, assistant à l'*Akademisch Krankenhaus*, est nommé professeur de gynécologie et accouchements à la place de M. le Dr Thomas, décédé. — *Faculté de médecine de Greifswald* : M. le Dr GRAWITZ, professeur extraordinaire, vient d'être nommé professeur ordinaire de pathologie générale. — *Faculté de médecine de Kœnigsberg* : M. le Dr MICKULICZ (de Cracovie), vient d'être nommé professeur de chirurgie.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — Dans sa réunion du 10 février dernier, la Faculté a désigné M. BROUARDEL comme membre du conseil académique, par 21 voix (votants 29) contre 5 donné à M. Jaccoud, 1 à M. Baillon, 1 à M. Grancher et un bulletin blanc.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté du 22 février 1887, les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoquées le jeudi 10 mars, à l'effet d'élire un représentant au Conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Béclard, décédé.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 31 mai 1887, à midi et demi. Les journées du mardi 31 mai, mercredi 1er, jeudi 2 et vendredi 3 juin seront consacrées aux travaux du congrès. La séance générale aura lieu dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne, le mardi 4 juin, à 2 heures précises.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE ALLEMAND. — Le sixième *Congress für innere Medicin* aura lieu du 13 au 16 avril 1887, à Wiesbaden. Le Président sera M. le Dr Leyden (de Berlin). Les questions suivantes seront discutées : Le 13 avril, *thérapeutique de la phtisie*, par MM. Dettweiler (Falkenstein) et Penzoldt (d'Erlangen); — 14 avril, *des localisations dans les maladies du cerveau*, par MM. Nothnagel (de Vienne), et Naunyn (Kœnigsberg); — 15 avril, *pathologie et thérapeutique de la coqueluche*, par Vogel (de Munich) et Hagenbach (de Bâle). — On annonce les communications ci-dessous : *Sur l'anémie pernicieuse*, par Lichtheim (de Berne); — *Anatomic pathologique du tabes dorsalis*, par Rindfleisch (de Wurzbourg); — *Sur l'Epilepsie expérimentale*, par Unverricht (d'Iéna); — *Sur la chylurie*, par Rossbach (d'Iéna); etc.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE. — Le seizième congrès de cette Société se tiendra à Berlin du 13 au 16 avril 1887 sous la présidence du Pr von Volkmann (de Halle).

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES DÉLÉGUÉS DES SOCIÉTÉS ET DES AMIS DE LA CRÉMATION A MILAN (1887). — Le comité du Congrès prie vivement MM. les Présidents des sociétés de crémation de vouloir bien s'intéresser à ce que la Presse scientifique et politique de tous les pays donne la plus grande publicité aux actes relatifs à ce Congrès.

(1) Ainsi que son collègue Pozzi l'a déclaré dans l'éloge qu'il a fait de Courbarien, ce dernier s'était surmené et avait passé beaucoup de nuits pour rédiger le mémoire auquel il est fait allusion ci-dessus et pour préparer sa thèse que sa famille le pressait de soutenir.

Des constatations médico-légales dans les hôpitaux. — Lorsque des personnes sont admises d'urgence dans les hôpitaux, il arrive souvent que les médecins envoyés dans ces établissements par les commissaires de police se présentent, pour examiner les malades, après la visite des chefs de service. Ils sont obligés alors de procéder à l'enlèvement des pansements et des appareils, ce qui peut avoir des inconvénients. M. Gragnon, préfet de police, vient de s'entendre à ce sujet avec M. le Directeur de l'Assistance publique. Il considère que le meilleur moyen de remédier à l'état de choses actuel est de désigner, pour établir le rapport, le médecin du service. Le soin de procéder aux constatations médico-légales sera donc dorénavant réservé aux médecins des hôpitaux. (*Le Temps.*)

Exposition du Havre. — *Section d'hygiène.* On sait qu'une exposition internationale se tiendra au Havre de mai en octobre 1887. Nous croyons devoir informer nos lecteurs que la dernière limite pour les demandes d'admission est irrévocablement fixée au 10 mars, l'espace couvert étant relativement restreint. M. L. Bourne, directeur du Travail, 2, rue de Provence, à Paris, chargé officiellement de l'organisation des Sections de l'Hygiène et de l'Alimentation à l'Exposition internationale de 1886, se tient à la disposition des intéressés pour tous les soins d'installation à cette exposition. Les Ministres des Affaires étrangères, de la Marine et des Colonies, du Commerce et de l'Industrie, ont accordé leur patronage à cette exposition.

Hospices d'Orléans. *Concours pour deux places d'interne.* — Ce concours aura lieu le 11 mars 1887, à une heure. Sont seuls admis à concourir les étudiants en médecine, qui justifient d'un service d'un an au moins comme externe dans un hôpital. Ils doivent produire leurs états d'inscriptions et d'examens et des certificats de leurs chefs de service, rendant bon témoignage de leurs dispositions et de leur conduite. Le concours consiste en des épreuves orales sur l'anatomie et la chirurgie et des épreuves écrites sur la physiologie et la médecine. La durée de l'internat est de deux années. Les internes sont logés, nourris, chauffés et éclairés ; ils reçoivent un traitement de 300 fr. la 1re année et de 400 la 2e. Les candidats doivent se faire inscrire et déposer leurs pièces au secrétariat des hospices, au plus tard la veille du concours.

Institut Pasteur. — M. Pasteur et ses élèves ont eu l'excellente idée de fonder une nouvelle publication destinée à faire connaître au monde savant les travaux de l'Institut Pasteur sous le titre : *Annales de l'Institut Pasteur.* Nous venons de recevoir le premier numéro.

L'Hygiène a Paris. — Les fêtes foraines doivent être supprimées à Paris, d'après le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

Le feu a l'hôpital. — Une explosion. — Deux blessés — Dégats importants. — *Lyon,* 14 février. — Ce soir, un incendie a eu lieu à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, par suite de l'explosion d'nne bonbonne d'éther qu'on hissait par le monte-charge, et qui a éclaté en passant devant une chaudière. Un employé aux écritures a été atteint aux yeux, mais légèremegt. Le garçon de pharmacie a été brûlé à la figure et sur tout le corps assez grièvement. Quant à l'incendie, grace aux prompts secours organisés par le service de l'hôpital et six pompes de la ville, il a été promptement éteint sans autre accident. Il a été limité au laboratoire et ne s'est pas étendu aux salles de malades. Les dégats sont évalués à 40,000 fr. environ. (*Lanterne* du 16 février).

Maison nationale de Charenton. — Un concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton s'ouvrira au Ministère de l'Intérieur, place Beauvau, le lundi, 28 mars, à 2 heures de l'après-midi. On trouvera à la Maison nationale de Charenton et à l'École de Médecine tous les renseignements concernant les conditions d'admission au concours et le programme de l'examen.

Manifestation des Étudiants a Marseille. — Les Etudiants, qui avaient à se plaindre de l'Administration des hospices comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, ont refusé pendant quelques jours de faire leur service. Mais, après l'intervention du doyen de l'École, ils ont repris leur service dans les hôpitaux, tout en maintenant leurs réclamations.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Nassans, vient d'être nommé conseiller général à Toulouse (quartier nord) ; de même M. le Dr Mulé a été nommé conseiller général à Biennes (Haute-Garonne).

Nominations a l'académie des sciences. — L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du lundi 14 février 1887, à l'élection d'un correspondant dans la section de médecine et chirurgie. Les candidats, au nombre de trois, étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. le Dr Leudet, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Rouen ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. le Dr Feltz, professeur d'anatomie et physiologie pathologiques à la Faculté de médecine de Nancy, et M le Dr Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Le nombre des votants étant 50, majorité 26, M. Leudet obtient 41 suffrages (élu); M. Oré, 6; M. Lister, 1; bulletin blanc et bulletin nul, 2.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal de médecine français : la *Pratique médicale,* journal hebdomadaire paraissant le mardi et dirigé par MM. Baratoux, Jouin et Malécot. Nous souhaitons bon succès à cette nouvelle publication. — Il y a à signaler aussi en Amérique l'apparition d'un nouveau journal de médecine, *The South-Western medical Gazette,* édité par MM. Coomes et Marvin.

Société française d'otologie et de laryngologie. — Conformément à l'article 12 du statut-règlement, le Comité, dans la séance du 2 février courant, a décidé que la Société française d'*otologie et de laryngologie* se réunira en session générale, à Paris, le mercredi 13 avril prochain, à 8 heures et demie du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois. MM. les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir M. le secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 10 mars, rue d'Amsterdam, 72 bis. *Art.* 29. — Le manuscrit des mémoires présentés à la Société sera écrit et les communications faites en français. Le manuscrit doit être adressé au secrétaire, ou déposé, au plus tard, sur le bureau, dans la séance même où doit avoir lieu la lecture. *Art.* 39. — Tout membre qui, après deux avertissements officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du trésorier, le montant (15 francs) de sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — La Société a tenu sa séance publique mensuelle le mercredi 23 février, à 8 h. 1/2 *très précises* du soir, rue de l'Abbaye (*salle de la Société de Chirurgie*). Ordre du jour : 1° Discussion de la communication de M. Canovetti sur l'assainissement de la ville de Naples ; 2° Discussion de la communication de M Drouineau sur les autorisations temporaires des établissements classés; 3° M. Lécuyer. Note sur la transmission de la péri-pneumonie des animaux à l'homme. — Nomination de membres nouveaux.

Nécrologie. — Le *Journal de Verneuil* nous apporte la nouvelle de la mort, le 13 février, à l'âge de 85 ans, du Dr Auvray, de Nonancourt (Eure). Il avait été médecin de l'hospice pendant une 30e d'années et maire de la ville de 1851 à 1860. Dans ses fonctions municipales il se montra réactionnaire et intolérant au point de faire interner, à Granville, l'un de ses confrères, le Dr Gros-Fillay. — M. le Dr Martin Fortuis, de Verneuil (Eure). — M. Turgan, ancien interne des hôpitaux (1847), qui abandonna la médecine pour le journalisme. Il était très connu dans le monde politique. — M. le Dr Mestivier, de Bretigny ; — M. le Dr Séguin (de Cézac). — M. le Dr Bernier (de Bruhamel). — M. le Dr M. Welijos, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine d'Athènes. — M. le Dr Sutkowski, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Kasan. — M. le Dr Geigel, professeur de médecine à Wursbourg. — M. Papoutchanis (de Lesbos), étudiant en médecine à Lyon. Il n'avait plus que sa thèse à passer. — M. le Pr Magni, professeur d'ophthalmologie à la Faculté de Bologne. — M. le Dr Gunther, professeur à la Faculté de Prague. — M. le Dr Kosciakiewitz (de Rive-de-Gier).

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — *Médecins.* M. Potain. Consultation le mercredi à 9 h. 1/2. Leçon clinique le mardi et le samedi. Leçons au lit du malade. — M. Féréol : Consultation le mardi. Spéculum le vendredi Visite à 8 1/2. — M. Laboulbène : Consultation le lundi. Visite à 8 heures. — M. Desnos : Visite à 9 h. 1/4. Consultation le jeudi. — M. Luys : Consultation le samedi. Visite à 9 heures. Leçon clinique sur les maladies nerveuses, le jeudi. — M. Blachez. Consultation le vendredi. — *Chirurgiens.* M. Trélat. Visite à 10 heures. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis. M. Desprès : Visite à 9 heures. Consultation les lundi, mercredi et vendredi. Mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations ; jeudi, au spéculum ; samedi, examen à l'ophthalmoscope. — *Accoucheur.* M. Budin : Visite à 9 heures. Consultations obstétricales tous les jours à 9 h. 1/2. Il faut être muni de cartes délivrées par le chef de service pour entrer dans les salles.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SERIE. T. V. N° 10. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 MARS 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ASILE SAINTE-ANNE. — **M. MAGNAN.**

Considérations générales sur la folie. — Des héréditaires ou dégénérés (*Suite*) (1).

OBS. V. — *Onomatomanie (Coprolalie, mots compromettants ; écholalie) ; délire mélancolique.*

Mme P... est entrée à l'admission le 20 février 1886. Cette malade, âgée de 63 ans, présente depuis six mois, et pour la première fois, une série d'obsessions et d'impulsions, et simultanément une poussée de délire mélancolique. Mais, elle a toujours eu une intelligence bornée ; dévote, elle n'a cessé d'aller à l'église que depuis le commencement de sa maladie, sous l'influence de ses idées mélancoliques. Au point de vue physique, elle présente du strabisme externe de l'œil droit. Ce strabisme est congénital. Depuis quelques années, ses facultés ont légèrement baissé ; elle est moins apte au travail ; elle vivait avec sa fille, qui était obligée de la surveiller. Cinq ou six mois avant son entrée, elle devient peu à peu triste et préoccupée, et exprime quelques idées de persécution ; elle s'imagine qu'on lui en veut, qu'on va l'assassiner ; des voix lui disent parfois : « On va te couper le cou, on va te balancer et te jeter à l'eau. » Mais ces idées mélancoliques sont en partie liées à des phénomènes d'une autre nature : à des obsessions et surtout à des impulsions à prononcer certains mots, certaines phrases qu'elle interprète ensuite, et qui servent de thème à ses idées délirantes. Il lui arrive de prononcer sans pouvoir se retenir des mots grossiers : « chameau, vache, cul. » Ces mots arrivent tout à coup à sa pensée, et presque aussitôt ils sont *lâchés* sans que la malade ait eu le temps de les arrêter. D'autres fois, ils expirent sur ses lèvres et ils ne sont prononcés que mentalement. Elle se sent soulagée, pour peu qu'elle les articule. D'autres fois encore, l'obsession seule existe ; la volonté conserve encore un peu de son action d'arrêt. Au moment où la malade va prononcer le mot qui l'obsède, on la voit sauter sur sa chaise, et dire : « Ah ! j'allais dire un mot, je me retiens, je me retiens. » On voit ainsi chez la même malade les étapes successives par lesquelles passe l'obsession pour devenir impulsion : 1° L'obsession existe seule ; 2° il y a un commencement d'impulsion ; 3° le mot est lâché, et l'impulsion complète succède à l'obsession. Il se présente encore un autre cas : le mot arrive aux lèvres, qu'il ne dépasse pas, mais la malade croit l'avoir prononcé réellement, alors qu'il ne l'a été que mentalement, et elle l'entend se répercuter dans un endroit plus ou moins éloigné d'elle : dans la cheminée, dans la rue. Elle croit bien à ce moment avoir prononcé quelque chose, car elle ne manque pas de dire : « ça m'échappe. » L'obsession et l'impulsion s'accompagnent, comme il arrive souvent, de phénomènes somatiques. Ainsi souvent, au moment où l'obsession du mot arrive, la malade souffre au niveau de l'estomac ; elle dit que malgré elle, le mot monte de l'estomac aux lèvres, et que, dès qu'il est lâché, elle se sent soulagée. L'obsession du mot n'a pas toujours ce caractère de simplicité. La malade s'imagine que les mots prononcés ont une signification mauvaise, malfaisante. Chaque mot prononcé est comme un maléfice qu'elle lance sur quelqu'un ; elle croit en conséquence qu'elle est une misérable, qu'elle nuit à ses parents et à autrui. Elle croit avoir dit que sa fille vit en concubinage avec un jeune homme, et que ses paroles ont entraîné la condamnation de ces deux personnes. Ces préoccupations obsédantes, conséquence de l'obsession des mots, entraînent chez la malade un état mélancolique qui s'est traduit d'abord par des accusations imaginaires, puis par l'idée que la justice la poursuit pour la punir. Elle a voulu se rendre à la Préfecture pour délivrer le jeune homme que ses médisances, ses maléfices imaginaires avaient fait arrêter. Enfin, elle a manifesté à deux reprises l'intention de se suicider : elle a voulu se jeter par la fenêtre, et s'ouvrir les veines. On voit ainsi des obsessions simples donner naissance à un délire triste, grâce à leur interprétation par un esprit débile. Entrée à l'Admission le 20 février 1886, la malade n'a pas tardé à guérir de ses idées délirantes et elle n'est plus préoccupée que par ses obsessions qu'elle expose avec une grande simplicité. Le mot reste le plus souvent à l'état d'obsession simple, et l'impulsion ne dépasse pas ordinairement la première phase d'exécution ; la malade remue les lèvres, mais n'articule pas assez haut pour qu'on l'entende.

Le 8 mars, son attitude est craintive, elle s'imagine avoir dit qu'elle est enceinte ; elle l'a prononcé à mi-voix. En même temps, elle est écholalique ; elle affirme que quand elle entend prononcer un mot, elle se sent poussée à le répéter, surtout s'il s'agit d'un mot grossier. « Autrefois, dit-elle, quand j'entendais, par exemple, dans la rue, un marchand de poissons prononcer le mot de maquereau, j'étais forcée de le répéter, sinon j'éprouvais un serrement à l'estomac. » Le 4 avril, les obsessions sont un peu moins fréquentes, la malade dit que le mot « chameau » ne lui vient plus à l'esprit, mais elle est obsédée fréquemment par les mots « gourgandine, marie salope. » Ces mots sont toujours prononcés mentalement. Quand elle marche, ou qu'elle tousse, le mouvement qu'elle fait réveille dans ses centres corticaux, l'image tonale de certains mots. A partir du mois de mai, l'amélioration est progressive ; la malade affirme qu'elle est tranquille, qu'elle est beaucoup moins obsédée. Les quelques renseignements relatifs à l'hérédité de Mme P... sont les suivants : Son *père* est mort très jeune, tuberculeux. Sa *mère* était strabique. Son *frère* débile, déséquilibré, faisait des excès de boissons et est mort tuberculeux. Il a eu deux filles qui ont mal tourné. Des deux *filles* qu'a eu Mme P... l'une est morte à 4 mois avec des convulsions, l'autre âgée de 34 ans, est restée vieille fille, elle est débile, dévote et présente de l'asymétrie faciale.

La folie héréditaire forme donc un groupe absolument distinct. Les caractères que nous lui avons assignés plus haut et les nombreux faits que nous avons eu l'occasion, à diverses reprises, de faire connaître, l'ont, croyons-nous, suffisamment démontré. Nous pouvons y ajouter encore les preuves cliniques tirées du délire chez les dégénérés, de leurs perversions sexuelles et de leurs stigmates physiques.

Les héréditaires délirent d'une façon qui leur est spéciale, et leur délire a des caractères typiques, parfaitement reconnaissables. Le principal consiste dans la brusque apparition des idées délirantes ; en quelques heures, en quelques jours, tout au plus en quelques semaines, on voit se développer un délire très intense qui peut affecter toutes les formes (maniaque, mystique, érotique, ambitieuse, etc.). Le délire évolue rapidement, il peut être simple, c'est-à-dire n'être constitué que par une seule forme, mais, fréquemment, on voit plusieurs formes se succéder, et tel malade qui était hier ambitieux, est aujourd'hui persécuté ; dans quelques jours il sera hypochondriaque. Voilà une manière de délirer qui est le propre des héréditaires. C'est ce qui constitue le *délire d'emblée* (*délire primaire* de Krafft Ebing et de Schüle). Il ne présente pas d'évolution régulière comme

(1) Voir *Progrès médical*, nos 51 et 52 de 1886.

le délire chronique, par exemple, et il cesse ordinairement brusquement, comme il est venu, après avoir occupé la scène pendant un court espace de temps.

Voici un exemple de délire d'emblée, à forme ambitieuse, chez un dégénéré débile :

Obs. VI. — *Débilité mentale. — Délire ambitieux.*

N..., âgé de 45 ans, est entré à l'admission le 17 septembre 1886, à la suite d'un scandale qu'il avait fait sur la voie publique en représentant à sa façon des scènes guerrières.

C'est un enfant naturel, mais son père, dit-il, devait être un homme d'importance, car il venait le voir en nourrice dans une voiture à deux chevaux. Elevé dans un hospice, on lui fit apprendre l'état de sabotier, puis il partit faire son tour de France. Il vécut ainsi, voyageant beaucoup, plutôt vagabond, incapable de se livrer à un travail suivi et de se fixer dans une localité déterminée. Il a appris tant bien que mal à lire et à écrire. Il y a cinq ans environ, il reste quelque temps dans une grande fabrique de chaussures, où son entourage abusait de la simplicité de son esprit. Ses patrons lui conseillèrent un jour d'aller à Lourdes boire de l'eau miraculeuse, en ajoutant : « Il ne serait pas étonnant que cela vous fît du bien. » Ne comprenant pas qu'on se moquait, il profite d'une occasion, va à Lourdes, visite la grotte, et, tout tremblant d'émotion, avale, coup sur coup, plusieurs gobelets d'eau. Dès le lendemain, l'eau bénite fait son effet; il se sent devenu artiste et se met à composer des poésies. Plein de lui même, il recommence à mener sa vie vagabonde d'autrefois et devient très misérable. Comme on lui refusait des secours, l'idée lui vient de mettre à profit ce talent d'artiste qui lui avait été révélé à Lourdes. Il demande l'autorisation de chanter dans les cafés du village; on lui accorde la permission de chanter deux heures dans les rues; il fait 6 francs de recette. Ce furent là ses débuts. Dès lors, il se compose un programme de spectacle, ajuste ensemble et entremêle des fragments d'opéras, de mélodrames, qu'il avait eu l'occasion de voir jouer et parcourt la France, trouvant à vivre de cette façon. Il imite l'homme des bois et les grimaces variées des singes, ou bien il chante des refrains populaires ou guerriers; acteur remarquable et surtout convaincu, sa voix est tendre dans les refrains d'amour ou sévère dans l'action tragique; pathétique ou badin, il sait faire pleurer ou rire, mais il excelle par-dessus tout dans la représentation des faits d'armes du temps passé : il tombe en courant comme un soldat frappé en montant à l'assaut. Son débit est d'une naïveté singulière et son attitude absolument grotesque. Il s'arrêtait dans les villages et se mettait d'abord en règle avec l'autorité municipale, puis il parcourait les rues en faisant claquer des castagnettes et en secouant des grelots au bout d'un bâton. Il faisait, aux passants rassemblés, l'annonce de son spectacle. Par ses gestes et ses éclats de voix, il prétend imiter le fracas des batailles. Il mime les faits d'armes de la Révolution, personnifie les généraux Marceau, Desaix, etc., représente à lui seul le passage du pont d'Arcole, les clameurs des soldats, le bruit du canon, et lorsque, au milieu des carrefours, il court, tombe, se relève, se laisse aller à la renverse, en poussant de grands cris, imitant, dit-il, Marceau frappé au cœur, mourant pour la patrie ; la scène est si patriotique que le public applaudissant le récompense en lui jetant des pièces de monnaie. Son entrain est tel qu'il est bientôt couvert de sueur. Pour se fortifier, il s'adonne aux boissons alcooliques. Dans une page enrichie de dessins étranges, N... nous a expliqué une partie de son existence et ce fait capital qu'il est devenu artiste après avoir bu de l'eau de Lourdes. C'est pour cela, dit-il, qu'il y a de l'analogie entre son histoire et celle de Jeanne d'Arc, qui était fille de paysans et qui étant en prière au bord d'une fontaine, a bu de l'eau comme lui. Son récit est très remarquable par le décousu des idées. Son histoire est entrecoupée de citations étrangères, de couplets, de chansons. Il s'est représenté lui-même se battant en duel.

Depuis son entrée dans le service, il a rempli de nombreuses feuilles de papier de ses dessins, de ses poésies ou de ses écrits. Il va prochainement devenir peintre.

Il a écrit une lettre dans laquelle il se plaint que l'administration n'a pas encore eu la sagesse d'utiliser ses talents. Il aurait diverti les malades de l'Asile, et les entrées du public payant lui auraient fait réaliser une forte somme. Par moments, il se dit prophète, mais cette nouvelle idée ambitieuse est passagère. Un instant après, il ne songe plus à ses prophéties. On l'occupe à l'atelier de cordonnerie et avec des morceaux de cuir qu'il ramasse, il prétend fabriquer une église cathédrale. Il a toujours sur lui un crayon et du papier. Il compose, étudie des types, et, chemin faisant, prend des notes pour ses représentations futures.

Disons encore que ces délires peuvent persister longtemps ; mais, que leur durée soit longue ou courte, le mode d'évolution et le polymorphisme du délire en seront toujours la caractéristique, la marque de fabrique en quelque sorte. Les anomalies, les perversions sexuelles, dont les exemples abondent, sont pour la plupart fournies par le groupe des dégénérés. Elles rentrent en grande partie dans le chapitre clinique intitulé folie morale, qui lui-même est un chapitre de l'histoire des dégénérés. Le reste relève de l'histoire des syndromes et en possède tous les caractères (obsession, impulsion, irrésistibilité). Ces différentes anomalies se présentent à l'observation souvent dès le jeune âge, et ce n'est pas un de leurs caractères les moins importants. Leur apparition précoce comme celle des autres syndromes (voir plus haut) plaide mieux que tout autre argument en faveur de la prédisposition. Nous donnons de suite un exemple de folie morale avec perversions sexuelles extraordinairement développées chez une jeune fille de 12 ans.

Obs. VII. — *Folie morale. Perversions instinctives multiples; perversions sexuelles; idée de suicide et d'homicide; vol; tendances à boire.*

J... (Georgette), âgée de 12 ans, a été internée le 17 mars 1886. Physiquement, elle est normalement constituée ; sa physionomie est agréable; elle ne présente pas d'asymétrie faciale, ni aucun stigmate physique pouvant faire songer à première vue à une dégénérée. Il y a, sous ce rapport, un contraste singulier entre l'état physique et l'état moral, qui présente, lui, les difformités les plus invraisemblables.

Mise en pension assez jeune, elle s'y fait déjà remarquer par son indiscipline, par son peu d'aptitude et surtout par ses mauvais instincts. Elle a pu à peine apprendre à lire et à écrire. C'est au point de vue sexuel surtout qu'elle présente de graves anomalies. A la pension, elle se masturbait fréquemment et recherchait le commerce de ses compagnes, qu'elle masturbait et par qui elle se faisait masturber. Sortie de pension, elle a continué ces pratiques; elle s'onanisait, dit sa mère, plus de trente fois par jour. Elle a commencé vers l'âge de cinq à six ans. A cet âge, un jeune homme aurait pratiqué des attouchements sur elle, et elle affirme que, depuis cette époque, elle éprouve le besoin irrésistible de ressentir les mêmes sensations.

Mais elle ne s'en tient pas là. Revenue chez sa mère, elle ne peut être constamment surveillée par celle-ci, dont la présence est nécessaire dans son commerce. Elle en profite pour faire de nombreuses fugues. Elle n'avoue pas tout ce qu'elle faisait au dehors, mais ce qui est certain, c'est que souvent elle provoquait, dans les Champs-Elysées, des individus qu'elle entrainait derrière les massifs, et là elle se livrait sur eux à l'onanisme avec la main ou avec la bouche. La mère affirme que sa fille lui a dérobé de l'argent qu'elle a distribué à des individus qu'elle provoquait.

L'un d'eux essaya de pratiquer le coït sans y réussir, fit ensuite des tentatives de sodomie. Finalement la petite malade se livra sur lui à l'onanisme buccal. En rentrant, comme elle avait des taches de sperme sur ses vêtements, elle expliqua leur présence en disant qu'un homme avait uriné dans sa bouche. Elle avait coutume, en rentrant de ses escapades, de laver les taches qui souillaient son linge, pour qu'on ne s'aperçut de rien.

Dans les derniers mois qui ont précédé son entrée, outre les

anomalies que nous venons de raconter, Georgette n'avait plus aucun soin de sa personne; elle ne se lavait pas, restait longtemps sans se peigner. Elle mentait impunément pour cacher ses fautes et ses escapades, qui devenaient de plus en plus nombreuses. En même temps, comme elle voyait sa mère malheureuse, elle lui proposait parfois de mourir avec elle. A cette époque, sa perversité morale se trouve portée à son comble; elle buvait de l'urine, elle s'onanisait avec des côtelettes, qu'elle mangeait ensuite. Enfin, elle tourne vers sa propre mère ses désirs sexuels. Elle demande fréquemment à celle-ci de coucher avec elle dans le but unique de lui toucher les parties. Un jour, elle profite d'une indisposition qui avait forcé sa mère à se coucher, pour lui porter la main aux parties, en s'onanisant elle-même. Elle avait choisi le moment où celle-ci était dans une demi-syncope. Elle lui proposa un jour de passer sa langue aux parties génitales. Il lui est arrivé de la mordre aux mains et aux jambes, parce qu'elle lui avait adressé des reproches. Enfin pendant que sa mère était malade, elle eut l'idée de la faire mourir, en lui administrant de la belladone, prescrite pour l'usage externe.

Depuis qu'elle suit le régime de l'Asile, Georgette paraît s'être améliorée. Bien dirigée, elle rend des services; mais elle paraît encore se livrer à l'onanisme, en dépit de ses dénégations. La muqueuse des organes génitaux externes est rouge, congestionnée; entre les lèvres, on trouve des mucosités filantes et un léger flux leucorrhéique. Elle est, d'ailleurs, normalement conformée. Les petites lèvres n'ont pas une longueur démesurée; le clitoris est normal. L'hymen est intact, en dépit des tentatives sexuelles auxquelles elle s'est soumise de bon gré. L'anus est normal.

Les renseignements que nous possédons sur ses antécédents héréditaires sont les suivants : Son *père* était un ivrogne; déséquilibré, il se livrait à des violences contre sa femme. Il lui est arrivé de la mordre au pouce jusqu'à lui faire une profonde blessure. Sa *mère* est faible d'esprit, un peu loquace, excentrique. Elle présente du strabisme externe.

Voici maintenant l'histoire d'un dégénéré, qui, à côté de perversions sexuelles, présente des stigmates physiques des mieux accusées.

Obs. VIII. — *Débilité mentale. — Accès délirant. — Hypospadias périnéal à forme vulvaire. (Pseudo-hermaphrodite mâle).*

C..., âgé de 25 ans, est entré à l'admission le 20 octobre 1886, dans un état de violente excitation, avec du délire mélancolique et mystique. Il s'imaginait qu'il empestait son entourage, exprimait des craintes de toute espèce, et refusait de manger.

A sa naissance, il fut inscrit sur les registres de l'Etat civil comme appartenant au sexe féminin; on lui mit plus tard des vêtements féminins, et fut envoyé dans une école de filles. A 7 ans, ses petites camarades avaient remarqué une conformation particulière de ses organes génitaux, et se moquaient de lui. Il est placé ensuite dans un pensionnat dirigé par des religieuses. A 13 ans, il quitte le pensionnat et entre dans un couvent de Bénédictines, où l'une de ses tantes, religieuse, le destine au noviciat. Son peu d'aptitude pour le travail, son intelligence débile, et l'apparition d'un peu de barbe au menton en firent peu à peu la risée de ses compagnes.

Revenu chez ses parents, il ne tarde pas, à la mort de son père à quitter la famille pour suivre en qualité de domestique un M. G..., âgé de 70 ans, qui l'emmène à la Martinique. A peine arrivé en Amérique, il devient l'objet des assiduités de son vieux patron; il lui cède, mais comme aucun rapport normal ne pouvait s'effectuer, cet homme se livre sur lui à des actes contre nature et ils finissent par l'onanisme buccal réciproque.

Cependant une négresse, domestique comme lui, s'étant aperçue de sa conformation, le prend pour un homme et l'attire chez elle. Une mulâtresse fait à son tour sa conquête, mais, ni avec l'une, ni avec l'autre de ces deux femmes, il ne peut pratiquer le coït; il n'éprouvait d'ailleurs pas avec elles la satisfaction que lui procurait son vieux patron. Ce fait d'inversion du sens génital est une anomalie peu commune. Il est plus fréquent d'observer, chez les pseudo-hermaphrodites mâles de l'inclination pour les femmes. Par son état mental, notre malade rentre donc encore dans le cadre des dégénérés. Sa barbe continuait à pousser, on se moquait de lui, et au bout de trois ans, il rentre en France désireux de changer de costume. Arrivé à Saint-Nazaire il se fait examiner par un médecin qui le déclare du sexe masculin. Il change son nom de Marie en celui de Marius, prend des vêtements d'homme, rentre à Paris et s'engage comme domestique dans une communauté de religieux. Le Père supérieur l'examine à deux reprises et le reconnaît *masculin*. Vers le 17 octobre 1886, il est pris assez rapidement de délire, après quelques excès de boissons, d'ailleurs peu considérables. A son arrivée à Sainte-Anne, il crie, gémit, se lamente, se dit l'Archange Saint-Michel, l'Antéchrist, le roi des Juifs « Je suis un misérable, tuez-moi, j'ai tué mon père et ma mère. » Il croit qu'on veut l'empoisonner, refuse de manger, il s'imagine qu'on veut le mettre dans un bain d'huile et il s'échappe par la fenêtre. Constamment inquiet, se nourrissant mal, ne dormant ni jour ni nuit, il s'affaisse rapidement ; les vomissements empêchant le cathétérisme œsophagien, on le nourrit au moyen de lavements peptonisés. Toutefois, les hallucinations diminuent d'intensité, l'excitation s'apaise peu à peu et il consent à prendre quelques aliments. Quinze jours après son entrée, il est déjà en voie d'amélioration.

Ce malade, par la conformation de ses organes génitaux, est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un speudo-hermaphrodite mâle. Sa verge mesure 4 cent. 1/2, elle est formée de la portion glandaire du corps spongieux et d'une portion des corps caverneux ; le gland imperforé est muni au bord inférieur d'une dépression ; dans l'érection l'organe se recourbe un peu en bas et en arrière, retenue dans cette position par des brides très nettes, qui sont les parties correspondantes de la portion cylindroïde du corps spongieux. Dans un cas analogue, M. Pozzi a attiré l'attention sur ces brides dont il trouve des vestiges chez la femme et qui répondraient ainsi aux mêmes parties. Au dessous de la verge et de chaque côté, il y a apparence de grandes lèvres qui résultent du défaut de soudure des deux sacs cutanés (où sont ordinairement contenus les testicules). Ces deux lèvres limitent une fente verticale qui aboutit à un cul-de-sac simulant une vulve. A 3 cent. 1/2 au dessous de la verge, se trouve le méat urinaire, mis en communication avec le pénis par les deux brides masculines (Pozzi). A 3 millimètres au dessous du méat, on aperçoit un autre orifice qui s'ouvre dans un conduit, semblant de vagin qui n'a pas moins de quinze centimètres de longueur, et qui admet une sonde d'un assez gros calibre. Le toucher rectal, pratiqué après l'intromission de deux sondes, l'une dans l'urèthre, l'autre dans le canal sous-jacent, permet de sentir la première sonde dans une situation très élevée, et la seconde presque sous le doigt. Celle-ci semble en outre se dévier, à son extrémité incluse, légèrement à droite ; la sonde retirée laisse voir à son extrémité, au niveau de son orifice latéral, quelques gouttes d'un mucus blanchâtre, sans odeur, au milieu duquel au microscope on voit quelques cellules épithéliales.

La palpation des régions inguinales sus et sous pubiennes, de même que le toucher rectal, ne décèlent pas la présence de testicules. Le malade ne sait pas dire si, lorsqu'il se masturbe, il sort du liquide par le méat. Toutefois, on a trouvé dans son lit, des taches dont l'aspect rappelle celui des taches spermatiques.

Ajoutons enfin que notre malade, hormis ses organes génitaux, possède les attributs du sexe masculin. Pourtant, sa taille est petite, sa voix flûtée et le bassin un peu large (1).

Nous avons suffisamment insisté sur les héréditaires

(1) Voir Worbe *Bull. Soc. de la Fac. de méd. de Par.* 1815. — Marc *De l'hermaphrodisme. Dict. des sc. méd.* 1817, t. XXI. — Larrey *Bull. Soc. de Chir.*, 21 sept. 1859. — Goujon, *Form. de l'anat. de Robin*, 1869, p. 509. — Magitot, *Nouveau cas d'hermaphrodisme, Bull. Soc. d'Anthrop.* 2 juin 1881. — Ruffegeau, *Anomalies congénitales des organes génitaux*, thèse 1884, p. 385. — Pozzi, *De la bride musculaire du vestibule chez la femme. Comp. rend. et mém. Soc. biol.*, 26 janv.. 16 fév. 1884

dégénérés. Examinons maintenant un nouveau groupe de malades, les délirants chroniques.

Des délirants chroniques.

Poursuivant sa discussion sur les grands groupes cliniques, la Société médico-psychologique a mis à l'ordre du jour le délire chronique, et, dans la séance d'octobre, une première communication a été faite par M. Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police. Cette communication nette, précise, rappelle les caractères généraux que nous avons assignés à cette forme mentale. Les débats ne semblent pas devoir être aussi vifs que pour la folie héréditaire. La constitution de ce groupe ne vient heurter aucune position acquise et nous mettons à profit les travaux importants sur le délire de persécution (Lasègue, Legrand du Saulle) et sur le délire ambitieux (Foville, Garnier et les nôtres). Si les délires chroniques présentent, au point de vue des idées, des variétés infinies, on retrouve chez tous des caractères communs fondamentaux qui permettent de ne voir là qu'une seule et même maladie à marche régulière, méthodique, offrant dans son évolution successive les quatre étapes bien tranchées que nous connaissons. A la 2e et à la 3e période, les délires peuvent beaucoup varier comme couleur chez les différents sujets, suivant l'éducation et le milieu social, mais ils conservent toujours le caractère pénible pour la 2e période et ambitieux pour la 3e. A la fin du moyen-âge et de la renaissance, on parlait de sorcellerie, d'esprits malins, d'obsessions et de possessions diaboliques: le délire n'était que le reflet de ces croyances, de ces préjugés que l'ignorance rendait encore plus profonds; à la fin du XVIIIe siècle, le mesmérisme et le fluide magnétique; plus tard, le spiritisme avec ses esprits frappeurs, ses tables tournantes faisaient partie de l'arsenal du persécuté. De nos jours, les luttes politiques, les grandes forces naturelles, le magnétisme, l'électricité, les applications nombreuses des agents physiques et chimiques, ont remplacé le merveilleux, attirent l'attention et deviennent le point de départ des idées délirantes. Les démonopathes, les lycanthropes ne sont autres que des persécutés, mais, tandis que le diable, les sorciers, les esprits malins tourmentent les premiers, les persécutés du jour sont tourmentés par les jésuites, les francs-maçons, les sergents de ville; ou bien encore, c'est l'électricité, le magnétisme, le téléphone qui les offensent.

Le tableau suivant montre l'évolution du délire chronique, avec ses quatre périodes. On peut y voir indiqués sommairement les éléments de délire que le malade peut emprunter à son milieu social, à son éducation, etc.

DÉLIRE CHRONIQUE (QUATRE PÉRIODES).

Couleur du délire suivant l'éducation et le milieu social.

1° Période d'incubation, passe généralement inaperçue.			1° *Inquiets.*
2° Systématisation commençante. Préoccupations pénibles. Délire de persécution.	Démonopathes. Possédés. Ensorcelés. Damnés. Lycanthropes.	Electrisés, magnétisés. Empoisonnés. Mouchardés. Volés, ruinés.	2° *Persécutés.*
3° Systématisation de plus en plus accentuée. Délire des grandeurs stéréotypé.	Démonolatres. Théomanes (Dieu. St-Esprit. Christ. Ste-Vierge) Antéchrist. Jeanne d'Arc. Prophètes.	Mégalomanes (Empereurs, Rois, Députés. Présidents de République. Millionnaires.) Réformateurs, Inventeurs.	3° *Ambitieux.*
4° Période terminale ou de dissolution.			4° *Déments.*

A la période de persécutions, on voit succéder, tantôt progressivement, lentement, sans transition brusque, tantôt brusquement, le terrain étant préparé, sous l'influence d'une hallucination (le malade s'entend dire qu'il est le roi d'Espagne), une période ou le persécuté devient ambitieux, et l'on voit alors peu à peu le démonopathe de la veille devenir le théomane du lendemain; le mouchardé de la veille devenir le chef d'état du lendemain. Avec la mégalomanie, le délire religieux, la théomanie, etc., tout est confusion et le pronostic reste incertain. L'important n'est pas de savoir si le sujet est théomane ou mégalomane, s'il est Dieu, ou roi, ou président de la République, mais de savoir comment il l'est devenu; de bien établir la marche de la maladie, de savoir si le Dieu ou le roi avant d'arriver à cette suprême puissance n'a pas eu à subir des vexations ou de nombreux tourments. Ce puissant, d'abord persécuté, se range dans le délire chronique, et, pour le clinicien, cela signifie incurabilité. Au contraire, le potentat devenu grand, sans épreuves préalables, se range dans le groupe des dégénérés et l'accès délirant est le plus souvent curable. *(A suivre.)*

THÉRAPEUTIQUE

HÔPITAL DU MIDI. — SERVICE DE **M. HUMBERT**.

Traitement de la blennorrhagie par les injections d'huile iodoformée

Par **Paul THIÉRY**, aide d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux.

Parmi les affections des voies génito-urinaires, il en est peu qui aient donné lieu à des traitements aussi divers et aussi inefficaces que la blennorrhagie, et cette multiplicité même montre les difficultés que rencontre le médecin lorsqu'il entreprend la guérison de cette maladie si commune et si grosse de conséquences: Il y a pourtant tout intérêt pour le malade à être guéri promptement (c'est ce qu'il demande) et radicalement (c'est ce que doit obtenir le médecin).

Or il est évident (et il est facile de s'en convaincre que la blennorrhagie tend d'elle-même à la résolution: cette affection, toute bactérienne qu'elle soit, a une évolution cyclique bien nette, et il nous est arrivé bien souvent d'observer dans les salles du Midi, pendant notre internat chez le Dr Humbert notre maitre, des malades qui guérissent en dehors de tout traitement. Mais c'est là l'exception et cela parce que, à côté même de cette tendance à la guérison que présente la maladie il faut faire intervenir les imprudences multiples que commettent les malades, excès de boissons, de femmes, etc., qui font passer la plupart du temps leur gonorrhée à l'état chronique: c'est la blennorrhagie chronique, à rechute ou à répétition, maladie aussi fréquente que rebelle au traitement.

Trois méthodes de traitement peuvent être employées: l'expectation qui réussit parfois; les émollients suivis des balsamiques; l'abortion. Nous employons de préférence le second traitement pour en avoir vu les bons effets et nous n'hésitons pas à dire que le traitement, tel qu'il est indiqué à la consultation externe du Midi, suffit presque toujours lorsque le malade est do-

cile, et désireux de guérir complètement. Nous formulons ici ce traitement.

Première période. (*Ordonnance n° 1.*) — 1° Défense absolue de boire de la bière, du café, des liqueurs, du vin blanc et de voir des femmes. Ne pas porter la main aux yeux. 2° Trois fois par semaine un grand bain d'une heure. 3° Ne boire que de l'eau rougie aux repas. Boire en outre chaque jour un litre d'eau dans lequel on fera dissoudre un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude, 30 gr.

Divisez en 10 paquets. 4° Porter un suspensoir; éviter toute fatigue et les marches prolongées.

Deuxième période. (*Ordonnance n° 2.*) 1° Mêmes observations que dans le paragraphe 1° de l'ordonnance précédente. 2° Supprimer les bains et le bicarbonate. Ne pas boire en dehors des repas. 3° Prendre chaque jour six boulettes grosses comme des noisettes de l'opiat suivant :

P. de copahu } ââ 60 grammes.
P. de cubèbe }
Magnésie q. s. pour faire un opiat.

4° Comme dans l'ordonnance n° 1.

Si toutes les conditions sont remplies, si l'ordonnance est respectée dans tous ses détails, et toutes les privations qu'elle comporte supportées, on peut garantir le succès. Mais le vin, les femmes ont de tels attraits pour la population hospitalière, nous dirions plus même....., que le malade demande le plus souvent une guérison rapide, « il ne veut pas couler » ou trompe le médecin et dit ne plus souffrir pour « qu'on la coupe de suite. »

C'est ce qui a conduit à la méthode dite abortive, méthode pleine de promesses et vraiment idéale pour le malade puisqu'il suffirait, à peu de choses près, du même temps pour contracter et guérir la chaude-pisse. Que de temps économisé en faveur du coït et que d'excès en plus on peut se permettre ; il est triste de dire que c'est là le langage de la plupart des malades. Mais la méthode abortive est douloureuse, dangereuse entre des mains inexpérimentées : elle doit être rejetée dans la plupart des cas.

Nous apportons une certaine timidité à présenter un nouvel agent thérapeutique après que tant d'autres ont été essayés, préconisés, acceptés, rejetés.

Cependant nous avons été frappés de ce fait que partant de la doctrine microbienne désormais acquise par les recherches de Neisser et bien d'autres (1) on n'ait pas essayé, à côté du nitrate d'argent et des antiseptiques puissants, sublimé, acide phénique, acide borique, sulfate de quinine, résorcine, etc., ordinairement employés, on n'ait pas, disons-nous, employé ce merveilleux antiseptique dont on fait un usage quotidien en chirurgie, l'iodoforme.

Et pourquoi l'iodoforme, dira-t-on ? Nous en avons bien d'autres. Nous le savons et nous ne nions pas leur action : s'ils ont souvent subi des échecs c'est que, comme M. Humbert nous l'a montré bien souvent, les malades ne font pas, ne savent pas faire les injections sans quoi tout antiseptique devrait agir.

Mais pour ne prendre qu'un de ces agents thérapeutiques en particulier, peut-on croire que le sublimé, par exemple, qui coagule les albuminoïdes, qui se combine à eux en formant une couche inerte, non microbicide, qui n'a par conséquent qu'une action passagère et superficielle, vaille le nitrate d'argent, qui en même temps qu'il agit sur les microorganismes modifie profondément la muqueuse ?

Quant à l'iodoforme, outre sa valeur antiseptique, outre la facilité avec laquelle il est absorbé au niveau d'une muqueuse dénudée, n'a-t-il pas aussi une action analgésiante bien connue et ces deux propriétés réunies ne semblent-elles pas le désigner pour l'emploi thérapeutique que nous étudions.

Encore une fois, s'il n'est pas meilleur il n'est certes pas plus mauvais, et nous dirions volontiers il est moins dangereux ; il a contre lui sa seule odeur, révélatrice il est vrai, mais on sait maintenant la masquer par l'addition de corps divers, vanilline, coumarine, essence d'eucalyptus, etc.

Enfin, l'iodol pourrait sans doute être employé à sa place, comme semblent l'indiquer les propriétés antiseptiques identiques de l'un et l'autre corps : bien que nous n'ayons point fait cette recherche, nous croyons d'après les récentes publications que la substitution de l'un à l'autre est facile.

Au moment où nous avons commencé ces recherches, nous n'avions pas vu mentionner l'iodoforme au nombre des antiseptiques que l'on avait appliqués au traitement de la blennorrhagie. Parmi les ouvrages que nous avons consultés depuis, les uns ne mentionnent pas l'iodoforme parce qu'il n'était pas encore entré dans la pratique journalière des affections vénériennes, les autres ne lui accordent aucune attention.

Langlebert. — *Traité des maladies vénériennes* (1864). Cullerier. — *Maladies vénériennes* (1866). Diday et Doyon. — *Maladies vénériennes et cutanées* (1876). Rizat. — *Manuel des maladies vénériennes* (1881). Dictionnaire de Jaccoud. — *Articles blennorrhagie, iodoforme, injections.* N'en font point mention.

Nous trouvons dans Poulet et Bousquet la phrase suivante : « Diverses solutions antiseptiques avec acide phénique ou borique, sublimé, iodoforme, sulfate de quinine ont été tour à tour employées sans succès. A différentes reprises, nous avons aussi répété ces expériences et malgré les précautions les plus minutieuses les résultats n'ont pas été satisfaisants. »

Le journal anglais *The Lancet* (5 et 12 août 1882) contient un article de Watson Cheyne intitulé : « On the abortive treatment of gonorrhea » où l'auteur insiste sur l'emploi de l'iodoforme incorporé au beurre de cacao et moulé sous forme de bougies de 5 pouces de long, calibre n° 10, qui pèsent 2 gr. et demi et renferment 0 gr. 30 d'iodoforme. On laisse ces bougies en place 4 à 5 heures, puis on pratique une injection de sulfo-phénate de zinc à 1/300e. On administre le copahu. Les jours suivants on répète 5 à 6 fois les injections de sulfo-phénate jusqu'à sédation des phénomènes aigus ; on a recours ensuite aux injections astringentes. L'observation, basée sur 40 cas, établit que la guérison survient en 8 ou 10 jours. Pour être efficace, le traitement doit être appliqué dès le début de l'affection, *avant la fin* du premier septénaire.

Nous ne savons si à ces deux mentions de l'iodoforme viennent s'en ajouter d'autres (1) dont nous n'avons pas connaissance et notre bibliographie est sans doute fort incomplète ; mais l'iodoforme est un médicament in-

(1) Voyez *Bibliographie* : in Cornil et Babès. *Les Bactéries*, et revue de M. P. Bricon, in *Progrès médical*, n°s 32 et 33, 1884.

(1) Eichorst (*Handbuch der speciellen Pathologie*) parle également de l'iodoform · associé *au sulfate de zinc*, dans le cas de blennorrhagie datant de plus de six jours; il recommande de faire une injection chaque deux heures.

connu du médecin et du malade pour le traitement de la gonorrhée. Nous le trouvons cité deux fois : dans le premier cas comme *inefficace ;* dans le second, on a eu recours simultanément au copahu, à des injections antiseptiques et astringentes, si bien que ces observations nous paraissent entachées d'indécision et d'incertitude ; nous serions heureux de savoir si d'autres expérimentateurs l'ont employé et quels résultats ils ont obtenus.

L'injection donnée dès le début de la blennorrhagie, c'est la chasse aux gonococcus : c'est leur mort que l'on veut ; leur végétation ne doit pas être annihilée momentanément : il faut qu'ils soient détruits.

Bien que la plupart des traités classiques donnent nettement les indications de ces injections, nous avons voulu nous rendre compte des rapports qui existaient entre l'abondance des gonococcus contenus dans le pus blennorrhagique et la période à laquelle était arrivée la maladie.

Voici quelques résultats : ils portent sur l'examen bactérioscopique de 38 cas.

De cet examen il semble résulter que dans le pus de blennorrhagie récente (1er au 5e jour) les gonococci sont relativement peu abondants : ils augmentent du 5e au 15e jour, époque à laquelle ils sont abondants, surtout vers le 8e ou 10e jour où nous les voyons mentionnés dans nos notes comme très abondants ; à partir du 15e jour ils tendent à diminuer dans nombre de cas ; assez souvent cependant ils persistent en nombre considérable jusqu'à la fin de la 3e semaine, à ce moment leur nombre diminue de plus en plus et cette diminution coïncide exactement avec la décroissance de l'inflammation blennorrhagique. Quant à l'écoulement passé à l'état chronique, à la blennorrhée et goutte militaire, nous ne pouvons nous prononcer. Il résulte de 5 examens que nous avons faits attentivement que les microorganismes caractéristiques n'existeraient pas dans les préparations provenant de pus aussi ancien : tout dernièrement cependant Neisser y a constaté leur présence et en a tiré des inductions relativement à la contagion possible de ces écoulements anciens.

De ces recherches découlent plusieurs considérations importantes et que le seul raisonnement pouvait faire prévoir : au début (4 premiers jours) les microorganismes sont peu nombreux : c'est le moment où l'on doit employer l'injection antiseptique ; c'est de l'abortion si l'on veut, mais par antisepsie et non pas comme on le croyait autrefois par modification brusque de l'état inflammatoire de la muqueuse. Passé ce délai, les microbes pullulent et le but sera par conséquent plus difficile à atteindre. Mais si l'on songe combien rares sont les malades qui (surtout dans la population hospitalière), s'occupent d'une blennorrhagie au début, d'un simple « petit échauffement » on conçoit les difficultés qui se présentent lorsqu'on veut expérimenter sur des chaudes-pisses récentes et comme on le verra plus loin c'est seulement sur des chaudes-pisses relativement anciennes (eu égard au développement des microorganismes), que l'on a pu faire porter l'observation puisque la guérison n'a été entreprise, sauf un cas, que du 8e au 15e jour après le début de l'affection.

Un fait est encore à considérer : dans l'examen bactériologique on trouve tantôt les microbes cantonnés dans les leucocytes sous forme d'amas serrés : les cellules sont « chargées à mitraille » de gonococci. Parfois au contraire ceux-ci sont libres dans le liquide qui sert de véhicule aux globules blancs ; il est évident que dans le 1er cas l'action des antiseptiques sera moins efficace que dans le second, les microorganismes étant protégés par l'enveloppe protoplasmique que leur fournit la cellule qui les contient : malheureusement l'âge de l'écoulement ne nous paraît avoir aucune influence sur la répartition extra ou intra-cellulaire des microbes et par suite on n'en peut tirer les indications que l'on était en droit d'attendre concernant l'opportunité de la méthode antiseptique.

Nous publions à l'appui de nos assertions six observations : le nombre est, il est vrai, peu considérable, mais nous avons dû prendre la peine de faire nous-mêmes les injections deux fois par jour au début (suivant le procédé que nous indiquerons à la fin de cette étude), nous devons cependant remercier ici les externes du service qui ont bien voulu nous remplacer parfois dans cette tâche fastidieuse. Remarquons aussi que les injections n'ont été faites que deux fois par jour au début, et bientôt une seule fois, chiffre évidemment trop faible et qui doit augmenter de beaucoup la durée du traitement.

Observations (1) où le malade sorti avant guérison complète était très amélioré.

Observation I.— M..., boucher, 24 ans, entre le 29 avril, salle 4, nº 19. Chaudepisse (1re) datant de quinze jours : douleurs vives. Ecoulement très abondant. A pris des capsules de Santal (60 environ) et trente injections de bismuth et laudanum, qui, au dire du malade, n'ont eu aucune action.

Injections d'iodoforme faites dans le service :

1re et 2e, le 1er mai.
3e, le 2 mai ; aucun écoulement, plus de douleurs.
4e et 5e, le 3 mai.
6e et 7e, le 4 mai.
8e et 9e, le 5 mai.
10e, le 6 mai.

Le malade est renvoyé pour insubordination ; il ne coule plus : le canal est encore un peu sensible au moment de la miction.

Obs. II. — F..., forgeron, 39 ans, entre le 12 juillet, salle 4, nº 19.

Blennorrhagie datant de quinze jours. Une blennorrhagie il y a 5 ans. Ecoulement très abondant. Douleurs vives.

Injections d'iodoforme, deux par jour les deux premiers jours : l'écoulement diminue à la quatrième ; les jours suivants, une injection par jour ; à la seizième, écoulement presque nul.

Le malade est renvoyé pour insubordination : l'écoulement n'avait pas reparu depuis 3 jours.

4 observations complètes, le malade étant sorti après guérison complète.

Obs. III. — Résultat remarquable.

P..., raffineur, 27 ans, entre le 29 avril, salle 4, nº 22. Blennorrhagie datant de quatre jours (pas de blennorrhagie antérieure) Le malade n'a suivi aucun traitement. Ecoulement très abondant. Douleur vive.

Injections d'iodoforme :

1re et 2e, le 1er mai.
3e, le 2 mai ; l'écoulement a beaucoup diminué ainsi que la douleur.
4e et 5e, le 8 mai.
6e et 7e, le 4 mai.
8e, le 5 mai.

Le malade sort guéri (pas de douleurs, pas d'écoulement) au bout de cinq jours de traitement (total : huit injections seulement).

Obs. IV.—L..., cuisinier, 28 ans. Entré le 29 avril 1886, salle 4, nº 16. Chaudepisse de huit jours (1re) non traitée. Douleurs vives en urinant. Ecoulement excessivement abondant. Lymphangite dorsale. Adénite droite.

On fait en tout 24 injections. L'écoulement cesse à la dixième, reparaît un peu, mais à partir de la seizième, il a complètement disparu. On continue le traitement sur les instances du malade qui redoutait une récidive.

(1) Toutes ces observations proviennent du service de M. le Dr Humbert, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Durée du traitement : dix-huit jours ; total des injections : vingt-quatre (le malade était déjà guéri au onzième jour du traitement).

Obs. V. — P..., 28 ans, chauffeur. Entré le 29 avril, salle 4, n° 18. Blennorrhagie (1re) de huit jours non traitée. Douleurs vives en urinant. Ecoulement très abondant.

On a fait en tout 29 injections (une par jour environ, chiffre insuffisant), l'écoulement a été modifié dès la dixième injection, ainsi que les douleurs qui ont cessé à ce moment. L'écoulement a complètement disparu à la vingt-troisième injection. Le malade est sorti complètement guéri le 28 mai, le traitement ayant commencé le 1er mai.

Obs. VI. — R..., 38 ans, serrurier, salle 3, n° 22. Blennorrhagie (1re) datant de quinze jours. Ecoulement assez abondant. Douleurs vives au moment de la miction.

Injections d'iodoforme.

1re, le 8 juillet soir.
2e et 3e, le 9 juillet ; la douleur a beaucoup diminué.
4e et 5e, le 10 juillet ; l'écoulement est moindre.
6e et 7e, le 11 juillet ; plus de douleurs en urinant.
8e et 9e, le 12 juillet.
10e, le 13 juillet.
11e et 12e, le 14 juillet ; accuse la saveur d'iode dans la bouche.
13e, le 15 juillet.
14e et 15e, le 16 juillet ; le malade est guéri.
16e le 17 juillet.

Total : 16 injections. Traitement suivi pendant 10 jours.

Ces résultats paraîtront plus nets résumés sous forme de tableau synoptique.

19 pour une autre, de 28 pour une autre encore, soit en réalité une durée de 13 jours de traitement, chiffre établi sur la moyenne de la totalité des cas observés (1).

Que si nous comparons ces résultats à ceux du traitement ordinaire, émollient au début, puis balsamique, nous voyons qu'ici le malade prend (en admettant qu'il suive scrupuleusement le régime indiqué) du bicarbonate de 12 à 15 jours ; de l'opiat, 15 jours environ : soit 30 jours au bout desquels l'écoulement est rarement nul ; c'est-à-dire un bénéfice de 18 à 20 jours en faveur des injections d'iodoforme, résultat que les malades apprécieront à sa valeur.

Nous avons dit déjà et nous le répétons pour éviter tout reproche : il existe d'autres antiseptiques que nous ne voulons pas condamner au profit de l'iodoforme avant l'expérience ; mais tous les malades se sont sentis soulagés dès le début, effet qu'on obtient rarement avec les injections ordinaires, bien qu'on prenne le soin comme dans la formule du Midi d'ajouter aux injections une certaine proportion de laudanum :

Eau distillée	100 grammes.
Sulfate de zinc.	1 gramme.
Laud. de Sydenham.	XX gouttes.

L'iodoforme ajoute donc à l'action antiseptique et microbicide une propriété analgésique qu'on lui a déjà reconnu dans le pansement des plaies ; il est précieux de l'utiliser.

Observ.	Age de la blennorrhagie	Traitement antérieur.	Etat du malade.	Nombre d'injections.	Début de l'amélioration.	Etat à la sortie.	Durée du traitement.
I.	15 jours (1re).	60 capsules santal. 30 injections bismuth. Laud. inefficaces.	Douleurs vives. Ecoulement très abondant.	10	Troisième injection.	Guérison presque complète.	6 jours.
II.	15 jours (2e).	Non traitée.	Douleur peu vive. Econlem. très abondant.	18	Quatrième.	Guéri.	13 jours.
III.	4 jours (1re)	Non traitée.	Douleurs vive. Ecoulement abondant.	8	Troisième.	Guéri.	5 jours.
IV.	8 jours (1re).	Non traitée.	Douleur. Ecoulement très abondant. Adénite droite.	24	Troisième.	Guéri.	18 jours, guéri dès le 11e.
V.	8 jours (1re).	Non traitée.	Douleurs vives. Ecoulement très abondant.	29	3e. L'écoul. cesse, puis reprend ; amél. compl la 10e.	Guéri.	28 jours, guéri dès le 22e.
VI.	15 jours (1re).	Non traitée.	Douleurs vives. Ecoulement assez abondant.	16	Troisième.	Guéri.	10 jours, guéri dès le 8e.

Discutons ces résultats : dans un cas (observation III), la guérison a été rapide, la blennorrhagie était guérie par 8 injections en 5 jours de traitement et a eu une durée totale de 9 jours seulement.

Mais il faut remarquer que le cas était tout à fait favorable : blennorrhagie récente, vierge de tout traitement si l'on ose dire, et prise au moment où les gonococci ne sont pas encore à leur période de végétation active : le résultat a été bon et on pouvait s'y attendre.

Cependant, les autres cas sont loin d'être défavorables, puisque, dans l'observation I, 10 injections seulement ont guéri en 6 jours une blennorrhagie de 15 jours rebelle aux autres moyens.

16, 18, 24, 29 injections ont guéri d'autres blennorrhagies de 8 à 15 jours, ce qui donne pour une d'entre elles (observation VI) une durée totale de 23 jours, de

Nous voulons aller au-devant des quelques objections qu'on pourrait nous faire : en ce qui concerne l'odeur si insupportable, elle est efficacement neutralisée par les corps que nous avons indiqués plus haut ; nous avons fait une réserve en faveur de l'iodol que nous avons l'intention d'expérimenter.

Quant à l'intoxication, elle nous paraît impossible : outre qu'elle n'est pas fréquente, en tant que résultant de l'emploi de l'iodoforme seul, on peut facilement vérifier l'élimination de l'iodoforme par l'examen des urines : dans un seul cas, le malade a accusé une saveur d'iode dans la bouche sans autre accident ; nous n'avons point retrouvé l'iode dans la salive ; peut-être était-ce là

(1) Il est toujours difficile de revoir les malades après guérison. Deux des nôtres ont été revus, l'un 20 jours, l'autre deux mois après le traitement : l'écoulement n'avait pas reparu.

une sensation produite par le contact de quelque corps qui développe l'odeur alliacée de l'acétylène qui se dégage au moment de la formation des composés métalliques iodurés (signe de l'argent de Poncet).

L'action a été rapide, active : dans deux cas, l'examen bactériologique, pratiqué tous les deux jours, nous a démontré que les microbes disparaissaient rapidement au fur et à mesure que les injections étaient plus fréquentes, leur nombre étant tout à fait minime dès la 8e.

Nous allons maintenant exposer la technique que nous avons suivie pour arriver à ces résultats :

Partant de ce fait d'observation, que la plupart des traitements de ce genre échouent dans la blennorrhagie, parce que les malades *ne savent pas* faire les injections, nous avons tenu à les pratiquer nous-mêmes, aimant mieux sacrifier le nombre des observations à l'exactitude des résultats et aux précautions multiples que les malades auraient négligées et qui sont de toute importance.

Et, d'abord, comment devions-nous employer l'iodoforme ? nous nous sommes servis d'abord d'éther iodoformé à saturation, l'injection était très douloureuse. Nous avons ensuite mélangé à l'éther iodoformé, parties égales d'huile d'amandes douces, et nous laissions évaporer l'excès d'éther. En dernier lieu enfin, nous nous sommes arrêtés à l'iodoforme *porphyrisé* aussi complètement que possible, et mis en suspension dans l'huile d'amandes douces par simple agitation du liquide.

Le procédé opératoire de l'injection a été plusieurs fois modifié : primitivement, chaque injection était précédée d'un lavage du canal à l'eau tiède, à l'aide d'un instillateur porté dans la région bulbeuse : en poussant doucement le piston de la seringue, on lave le canal sans refouler le pus dans la vessie, la tonicité du sphincter suffisant pour empêcher la béance du col ; on peut d'ailleurs employer la sonde à jet rétrograde ; le lavage ou plutôt le passage de l'instillateur est douloureux, et, d'ailleurs, le lavage idéal doit être rétrograde, c'est-à-dire aller de la vessie au méat. La meilleure injection détersive, c'est la miction que le malade avait soin d'exécuter quelques minutes avant que nous fassions l'injection.

Pour l'injection huilée elle-même, nous avons d'abord porté le liquide antiseptique directement au fond de l'urèthre antérieur, comme on le fait pour les instillations antérieures ; mais, réfléchissant que le passage de l'instillateur ne pouvait qu'irriter la muqueuse et retarder la guérison, nous avons fait dans la suite ces injections en introduisant l'olive en arrière du méat. Nous injections ainsi 8 gr. de liquide environ, le malade maintient ensuite, comme le recommande Diday (pratique des maladies vénériennes), son doigt appliqué au méat (afin qu'aucune partie du canal n'échappe à l'action antiseptique du liquide) et garde l'injection vingt minutes environ). Le régime sobre est de rigueur pendant la durée des injections.

Tel a été notre modus faciendi ; tels ont été nos résultats et nous n'hésiterions pas, *urgente Venere*, à recourir à ce traitement qui nous a paru actif, rapide et d'une inocuité absolue.

Hôpitaux de Reims. — *Concours de l'internat* : Le 7 et le 8 mars aura lieu, à l'Hôtel-Dieu de Reims, un concours pour deux places d'internes en médecine. — *Concours de l'externat* : Il aura lieu le 11 et le 12 mars ; il y a cinq places d'externes vacantes — *Concours de l'internat en pharmacie* : une place d'interne sera mise en concours à la même époque.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Révision de la loi sur les aliénés.

L'article 50 est celui qui, selon M. Roger Marvaise, suffirait seul à empêcher toute séquestration arbitraire et tout abus envers les aliénés. Il autorise toute personne internée et toute autre personne à réclamer, par simple lettre, la sortie d'une personne internée. La loi de 1838 en disait tout autant et n'exigeait point, comme se l'est imaginé M. Th. Roussel, que l'interné formulât sa réclamation sur papier timbré. Comme l'article 50 nouveau, l'article 29 de la loi ancienne, défendait sous certaines peines, de retenir les réclamations des personnes adressées aux autorités. C'était la seule prescription utile à retenir, car il ne semble guère utile d'inscrire dans une loi spéciale le droit pour tout le monde d'adresser une plainte au parquet, voire une dénonciation. En tout cas, il faut être bien convaincu de la vertu des textes pour croire à l'efficacité de ces dispositions et pour penser que des gens capables de séquestrer un homme sain d'esprit hésiteraient à supprimer ses réclamations, sur papier timbré ou non timbré.

L'article 51 permet aux médecins des Asiles d'autoriser des sorties provisoires à titre d'essai. Ces sorties se pratiquaient déjà ; il est bon, pour les médecins, que cette pratique soit légalement reconnue et consacrée. Mais la disposition qui remet au maire, en cas de rechute pendant le congé, de veiller à la réintégration du malade dans l'asile, risque fort d'être illusoire.

L'article 52 est relatif aux sorties ordonnées par l'autorité ou réclamées par les ayants droit ; il n'innove rien.

L'article 53 autorise la réintégration d'un aliéné évadé sans nouvelles formalités, si elle a lieu dans un délai de quinze jours. Puisque le Sénat touchait à la question des évasions, c'était peut-être le moment de combler une lacune de la loi de 1838. L'évasion d'un aliéné est quelquefois aidée et préparée par d'autres personnes qui sont loin d'être désintéressées ; elle peut être préjudiciable à l'aliéné, à des tiers, ou à l'action de la justice. Le dernier cas s'est présenté récemment pour un prêtre sous le coup d'une grave accusation et mis en observation, comme aliéné présumé, dans un asile du Midi. On n'a pu atteindre les complices de l'évasion qu'en considérant ce prêtre comme un prisonnier ordinaire. Si sa fuite avait eu lieu après reconnaissance légale de son état d'aliénation, si cet état existait, la justice était désarmée. Demain on peut conniver à l'évasion d'un aliéné dangereux qui, une fois libre, commettra un meurtre, et ceux qui l'auront aidé à s'évader seront indemnes. Il y avait là quelque chose à faire ; le Sénat n'y a pas pensé.

L'article 54 donne pour administrateurs aux aliénés non interdits les administrateurs provisoires nommés dans chaque département par le ministre, les rétribue sur les biens de l'aliéné et détermine leurs pouvoirs. — M. Lacombe croit que, pour être rétribué, l'administrateur légal n'en aura pas plus qu'autrefois le temps d'administrer des biens épars aux quatre coins du département. On devrait laisser l'administration à la famille, et, pour éviter que celle-ci ne se préoccupe plus de l'héritage futur que du bien-être de l'aliéné, rendre applicable à l'aliéné non interdit l'article 510 du code civil, qui stipule que les

revenus de l'interdit doivent être employés à l'amélioration de son sort. L'application de cet article serait surveillée par le curateur à la personne qu'institue l'article 56. Les pouvoirs de ce curateur pourraient être étendus au contrôle de la gestion des biens. D'autre part, M. Lacombe trouve exorbitants les pouvoirs conférés à l'administrateur légal, droits qui dépouillent la famille de tout droit de contrôle et de surveillance, pour le laisser à une commission administrative étrangère à la famille et indifférente.

M. Delsol répond que l'administrateur légal est indispensable pour sauvegarder les intérêts de l'aliéné isolé. S'il y a une famille, elle pourra toujours réclamer du tribunal la nomination d'un administrateur judiciaire qui sera habituellement pris dans la famille, mais en dehors d'elle si le tribunal n'a pas confiance en sa sollicitude pour l'aliéné. Quant aux pouvoirs de l'administrateur légal, la commission s'est inspirée des dispositions de la loi de 1880 relative aux biens des incapables. — M. Lacombe réplique que si la famille peut faire nommer un administrateur judiciaire, cette nomination aura lieu par jugement, tandis que le tuteur de l'interdit est nommé par le conseil de famille et il ne voit pas la raison de cette différence. Ensuite, on dépasse la loi de 1880 : elle ne donne pas à l'administrateur provisoire le droit de vendre des biens immeubles sans autorisation spéciale, encore moins d'accepter ou de refuser une succession sans le concours du conseil de famille. C'est à celui-ci qu'il faut avoir recours pour la gestion des biens des aliénés et leur surveillance ; ce sera la meilleure garantie contre les séquestrations arbitraires, car si une branche peut avoir intérêt à cette séquestration, une autre branche y sera opposée. — M. E. Boulanger fait remarquer une contradiction entre l'article 50 et un autre déjà voté, qui met à la charge du Trésor la rétribution des administrateurs. De ceux-ci, comme M. Lacombe, il trouve les pouvoirs excessifs en matière de vente d'immeubles et ne comprend pas la différence établie entre les immeubles au-dessus de 1.500 fr. et ceux au-dessous, l'article 50 n'exigeant l'autorisation du conseil de famille que pour les premiers. Quant à l'acceptation d'héritage, à côté de la question financière, il y a souvent des considérations morales que seule la famille est apte à apprécier. La commission elle-même l'a si bien senti, qu'elle n'a pas donné le pouvoir d'accepter ou de refuser une succession à l'administrateur judiciaire ; l'administrateur provisoire ne saurait donc l'avoir. — M. Delsol déclare que la commission a consenti à modifier l'artile 50 dans le sens des observations de MM. Lacombe et Boulanger. Toutes les fois qu'il existera des proches parents (ascendants, descendants, conjoint, frères et sœurs), le conseil de famille nommera lui-même l'administrateur des biens de l'aliéné ; il interviendra aussi en matière d'acceptation de succession. — Mais, à la lecture de la nouvelle rédaction, M. Boulanger n'y trouve pas la satisfaction annoncée et fait, comme M. Lacombe, ses réserves pour la deuxième délibération.

Les articles 55 et 56 déterminent les droits de l'administrateur provisoire en certaines conditions urgentes au moment du placement.

L'article 57 oblige cet administrateur à soumettre au procureur de la République, dans le treizième mois de l'internement, un état de la situation financière de l'aliéné. — M. Paris ne voit là qu'une disposition sans portée. Le procureur de la République ne pourra vérifier un état sans pièces justificatives.—M. Delsol répond que le grand défaut de la loi de 1838 était de ne pas obliger les administrateurs à rendre régulièrement des comptes.—M. Paris réplique que présenter un état de situation n'est pas rendre des comptes. — M. de Gavardie propose de substituer le directeur de l'asile au procureur de la République. — M. Bozérian dit qu'en comparant deux états successifs, le procureur pourra d'un coup d'œil apprécier les changements survenus dans la fortune de l'aliéné.—M. Paris lui fait remarquer que l'article ne parle que d'un seul et unique état, pour la première année, et ne prévoit rien pour les suivantes. C'est que, dit M. Delsol, l'administrateur provisoire aura été le plus souvent remplacé par l'administrateur judiciaire. Il oublie que lui-même vient de dire que celui-là non plus ne rend pas de comptes à des époques régulières.

L'article 58 décide que le conjoint ou l'associé d'un aliéné commerçant ou industriel peut, par décision du président des référés, conserver la direction des affaires communes. M. de Gavardie dit que l'article est inutile, le droit commun suffisant, et dangereux parce que d'autres personnes que le conjoint ou l'associé peuvent être intéressées à agir en référé.

L'article 59 vise les conditions de la nomination de l'administrateur judiciaire. M. Lacombe y fait ajouter que le mari est de plein droit l'administrateur des biens de la femme placée dans un asile (même s'il y a eu séparation de corps prononcée antérieurement !)

L'article 60 voulait qu'en nommant un administrateur judiciaire, le tribunal instituât en même temps un curateur chargé de veiller à ce que les revenus de l'aliéné lui soient appliqués dans la proportion fixée par le tribunal et à la mise en liberté du malade quand elle serait possible. Tout interdit interné devait avoir un curateur. — M. Delsol explique que le tuteur d'un interdit n'a pas, en général, de compte à rendre comme celui d'un mineur, qu'il peut être l'héritier et tenter de commettre des abus au préjudice de son pupille. Trop souvent l'administrateur judiciaire ou le tuteur négligent d'employer les revenus de l'aliéné à améliorer son sort. De là, la nécessité d'un curateur. — M. Lacombe admet le principe du curateur, mais voudrait éviter le recours perpétuel au tribunal en désignant d'une façon générale pour curateur l'administrateur départemental. —M. Delsol croit que cet administrateur légal ne pourra pas suffire à cette double besogne, d'administrer les biens de certains aliénés et de contrôler l'administration des biens de certains autres. — M. Lacombe répond que le nombre des administrateurs départementaux n'étant pas limité, l'argument ne porte pas. — MM. Paris et Roger-Marvaise trouvent ce nouveau rouage inutile, en présence du grand nombre de personnes appelées déjà à s'occuper de l'aliéné. — M. Delsol insiste sur l'excellence de l'innovation et démontre que, à son défaut, l'observation de l'article 510 n'aurait pas de sanction, que l'on verrait se reproduire les faits, déjà cités, d'aliénés

abandonnés ou privés du bien-être matériel que leur fortune permettrait de leur donner. On trouvera facilement, d'ailleurs, quantité d'hommes dévoués pour remplir cette fonction. — M. Paris répond qu'il a beaucoup plus de confiance dans les sentiments de la famille que dans le dévouement d'un étranger. (Il a certes raison, en général, mais il devrait se souvenir que si chacun faisait toujours son devoir, bon nombre de lois, sinon toutes, seraient parfaitement inutiles, à commencer par la loi sur les aliénés).— Finalement M. Lacombe a gain de cause et l'article 60 est remplacé par l'amendement suivant : « Dans tous les cas où un aliéné, placé dans « un établissement public ou privé est pourvu soit d'un « tuteur, soit d'un administrateur légal ou judiciaire, « l'administrateur provisoire, désigné par le départe- « ment remplira les fonctions de curateur à la per- « sonne. »

En principe, l'institution du curateur est, il faut le dire, une grande amélioration à la loi de 1838, qui n'assurait pas une sanction suffisante à l'article 510 du Code civil ; mais il reste à savoir ce que vaudra cette amélioration dans la pratique. Nous ne voulons rien dire des difficultés considérables qu'il y aura souvent à déterminer avec justice, quelle somme peut être attribuée aux besoins et au bien-être de l'aliéné ; chacun peut aisément imaginer des cas où cette détermination sera d'une extrême délicatesse. En général, cependant, le tribunal pourra, en agissant avec discrétion, arriver à une décision satisfaisante. Ce qui est à craindre, c'est que l'administrateur provisoire du département ne mette pas tout le zèle désirable à remplir sa fonction et que l'article 60 ne demeure souvent lettre morte. Il vaudra ce que vaudront les hommes chargés de l'appliquer. Quoi qu'il en soit, nous le répétons, il réalise théoriquement une amélioration considérable, la seule peut-être que l'on puisse trouver dans la nouvelle loi.

Les articles suivants, à part le titre relatif aux pénalités, sont des articles purement judiciaires, souvent de procédure légale, qui n'auraient guère d'intérêt pour nos lecteurs. Nous croyons, par conséquent, inutile d'en analyser la discussion, après laquelle le Sénat décide qu'il passera à une seconde délibération. E. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 février 1887. — Présidence de M. Gosselin.

M. H. de Lacaze-Duthiers étudie le *développement des Pennatules* : il fait, à l'occasion de cette communication, ressortir les bonnes conditions biologiques que présente le laboratoire Arago pour les études zoologiques. Ce laboratoire, établi à Banyuls-sur-Mer, dépend de la Faculté des Sciences de Paris ; fréquenté par de nombreux savants de tous les pays, il a vu naître jusqu'ici d'importants travaux sur la faune méditerranéenne.

MM. Mairet et Combemalle continuent leurs recherches sur *la colchicine.* Cette substance agit, suivant la dose, soit comme diurétique, soit comme purgatif, et cela par suite d'une action congestive et irritative sur les reins et le tube digestif. Les effets sont plus rapides quand la colchicine est absorbée par la voie sous-cutanée. L'homme est trois fois plus sensible que le chien à l'action de cette substance ; on peut fixer chez lui à 2 ou 3 millig. la dose totale pour amener la diurèse, et à 5 mmg. la dose purgative. La colchicine augmente l'excrétion de l'acide urique : elle diminue la quantité d'acide urique contenue dans le sang et produit une irritation substitutive au niveau des surfaces articulaires ; mais son accumulation dans l'économie et sa grande toxicité doivent rendre prudent dans son emploi.

M. Hallez indique les résultats de ses nouvelles études sur l'*embrogénie des Nématodes*.

M. F. Houssay a étudié la lacune sanguine périnerveuse, dite artère spinale, chez *les Scorpions*.

M. Aimé Girard recherche le mode de propagation des *Nématodes de la betterave.* Ces vers, qui amènent le dépérissement de la plante, se propagent probablement par l'emploi de fumiers provenant d'animaux nourris avec des pulpes de betterave nématodées : les Nématodes peuvent, en effet, traverser impunément le tube digestif de ces animaux. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 février 1887.— Présidence de M. Grimaux.

M. Dumontpallier rappelle qu'on a cherché à utiliser l'anesthésie hypnotique contre les douleurs de l'accouchement. Plusieurs observations ont été rapportées et 3 cas, publiés par l'assistant de Braun, paraissent convaincants au point de vue de l'efficacité de la méthode. L'auteur à cherché à produire ces effets chez une malade de son service, excellente hypnotique : il a pu de cette façon éviter les petites douleurs ; l'anesthésie hypnotique n'a pu triompher des grandes.

M. Bloch a vérifié les expériences de M. Charpentier (de Nancy) sur la persistance des sensations visuelles et est arrivé aux mêmes conclusions que cet auteur.

M. d'Arsonval remet une nouvelle note de M. Charpentier sur la persistance des impressions rétiniennes.

M. R. Blanchard remet une note de M. Linossier (de Lyon), sur la localisation du baryum dans l'économie à la suite de l'intoxication chronique sur ce corps.

M. P. Regnard présente des hublots de verre qu'il a fait construire et qui peuvent supporter des pressions allant au delà de 1000 atmosphères.

M. le Secrétaire général lit une lettre de M. *Gilles de la Tourette* remerciant la Société de lui avoir décerné le prix Godard pour ses *Etudes cliniques et physiologiques sur la marche ; la marche dans les maladies du système nerveux.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. J. Rochard présente, au nom de M. Mondot (d'Oran) une pièce pathologique accompagnée d'un moule. Il s'agit d'un tibia extrait en totalité et qui s'est entièrement reproduit chez une femme, âgée de trente ans, scrofuleuse et atteinte d'ostéite suppurée. Le périoste fut détaché et le tibia sectionné par deux traits de scie à chaîne.

M. le Président annonce que MM. *Bergeron et Jaccoud* se portent *candidats* à la place de secrétaire perpétuel.

M. le Président déclare une *vacance* de membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Election d'un membre correspondant national. Votants : 62. Majorité : 32. Au premier tour de scrutin, M. Picot (de Bordeaux) obtient 27 voix ; M. Zambaco (de Constantinople) 20 ; M. Marquez (d'Hyères) 7 ; M. Mauricet (de Vannes) 6 ; M. Ossian-Bonnet (de Rio-de Janeiro) 2. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages. il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants : 63. Majorité : 32. M. Picot réunit 34 suffrages ; M. Zambaco, 25 ; M. Ossian-Bonnet, 2 ; M. Marquez, 1 ; M. Mauricet, 1.

M. Vidal lit un rapport relatif à l'utilité de l'*Inspectorat des eaux minérales*, qui se résume dans les conclusions suivantes : 1° L'inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales. (Deuxième vœu de l'Académie de

médecine, séance du 25 mars 1873). 2° Un médecin inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eaux minérales dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale. (Art. 1er du décret du 28 janvier 1860). 3° Dans le cas où les nécessités du service l'obligent, un ou plusieurs médecins peuvent être adjoints au médecin-inspecteur, sous le titre d'inspecteurs-adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement. (Art. 2 du même décret.) Pendant toute la durée de la saison thermale, les adjoints partagent avec les inspecteurs l'assistance médicale des indigents. 4° L'inspection a pour objet tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la santé publique. Les inspecteurs font, dans ce but, aux propriétaires, régisseurs ou fermiers, les propositions ou observations qu'ils jugent nécessaires : ils portent leurs plaintes à l'autorité, et sont tenus de lui signaler les abus venus à leur connaissance. (Art. 4 de l'ordonnance du 18 juin 1823). 5° Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales. (Art. 11 du décret de 1860. 6° Des délégués du comité consultatif d'hygiène publique, faisant fonction d'inspecteurs régionaux, seront chargés d'examiner les rapports administratifs envoyés à M. le ministre du commerce et de l'industrie par les médecins-inspecteurs résidents. 7° Ils visiteront tous les établissements thermaux de leur circonscription, au moins une fois par an pendant la saison thermale ; ils séjourneront dans chaque station aussi longtemps que cela sera nécessaire ; ils y retourneront à plusieurs reprises s'ils le jugent utile, ou s'ils sont demandés par le médecin-inspecteur.

Ils s'assurent du bon fonctionnement de l'assistance médicale, et du service balnéaire pour les indigents, ainsi que pour les malades ayant droit à la gratuité. Ils veilleront à l'exécution des règlements intérieurs et à celle des obligations du cahier des charges. Ils porteront une attention toute spéciale sur l'hygiène de la localité. 8° Les médecins, exerçant dans chaque station d'eaux minérales, seront réunis une fois l'an, en commission consultative, de préférence vers la fin de la saison thermale, à l'effet de discuter en commun les améliorations à introduire dans l'aménagement des sources, leur mode d'emploi, les installations balnéaires ou autres, en un mot toutes les questions de pratique médicale qui intéressent la station (5e vœu de l'Académie de médecine). La commission consultative sera composée des médecins exerçant depuis deux ans, au moins, dans la station thermale. Ne pourront en faire partie que les docteurs en médecine nés français ou naturalisés français, et reçus dans une des Facultés de France. 9° Les médecins inspecteurs des établissements d'eaux minérales naturelles seront nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie sur une liste de trois noms proposés par l'Académie de médecine, votant en séance publique, et au scrutin secret. Si une nouvelle loi venait à être promulguée, il serait désirable qu'elle conférât à l'Académie le droit d'élire les inspecteurs au vote uninominal, leur élection devant être nécessairement soumise à l'approbation du ministre. 10° La limite de l'âge pour les médecins-inspecteurs sera fixée à soixante-cinq ans. Le titre de médecin-inspecteur pourra leur être accordé. 11° Les médecins-adjoints seront nommés par le ministre sur la proposition de la commission consultative des médecins de la station thermale, composée extraordinairement, s'il y a lieu, par l'administration. Ils seront nommés pour une période de trois ans et rééligibles. 12° Les délégués, chargés de remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux, seront désignés par le Comité consultatif d'hygiène et nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie.

La discussion de ce rapport est, sur la demande de M. Hardy, ajournée à quinzaine. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 février. — Présidence de M. Féréol.

M. Chantemesse a étudié avec M. Winal la bacille typhique. On sait que les eaux potables, contaminées par les déjections des typhiques, ont été depuis fort longtemps accusées d'être les vecteurs du poison typhique. Il résulte des statistiques rapportées par M. Chantemesse que l'augmentation du nombre des entrées pour fièvre typhoïde dans les divers hôpitaux et en particulier à Lariboisière a subi une augmentation considérable toutes les fois qu'il a été distribué de l'eau de Seine au lieu des eaux de sources. C'est dans des eaux destinées à l'alimentation, qu'à trois reprises, M. Chantemesse a retrouvé le bacille d'Eberth et de Gaffky. Le bacille à extrémités arrondies, extrêmement mobile, se colore mal comme on sait. Il se développe dans les bouillons, mieux sur la gélatine et très bien sur la pomme de terre où il ne se manifeste qu'après 3 jours au plus tôt et quelquefois seulement après 15 jours sous forme d'une traînée humide, d'ailleurs cette lenteur du développement est très caractéristique de ce bacille. Gaffky l'a trouvé 26 fois sur 28 autopsies ; Chantemesse et Widal 11 fois sur 12 ; là où il a manqué il s'agissait d'un convalescent. 4 fois sur 8 ils l'ont rencontré dans le cerveau, et 6 fois sur 12 dans la bronchite typhique, enfin dans un placenta à la suite d'un avortement au 4e mois survenu au 10e jour d'une dothiénentérie. Ils ne l'ont pas trouvé dans les taches rosées ; tandis que Venhauss aurait pu l'y déceler deux fois par les cultures. Dans 7 cas, les auteurs ont pu le cultiver au moyen du liquide retiré par une ponction capillaire pratiquée dans la rate pendant la vie du malade. Ils l'ont trouvé deux fois dans l'urine ainsi que l'avaient signalé Seitz en Allemagne et Bouchard en France (1879). On ne doit pas confondre avec lui le bacille décrit par Artaud, avec espace clair central, et qui n'est qu'une forme monstrueuse d'involution ; ni avec le microbe décrit par Klebs dans les conduites d'eau de Zurich (il renferme des spores et se colore bien), pas plus qu'avec le bacille des enfants à la mamelle d'Escherich ou avec celui d'Emmerich trouvé chez les cholériques. Le développement se fait do 19° à 43°, il se produit à l'extrémité de 19°, il n'y a plus de sporulation. Il se multiplie très bien dans l'eau pure surtout si elle est stérilisée, on a pu le retrouver et le cultiver après un séjour de trois mois dans l'eau de l'Ourcq stérilisée. Il résiste à la gelée et peut être soumis sans périr à une température de 45° ; il est tué à 80° ainsi que par une ébullition de quelques minutes. Il se multiplie mieux dans le sol humide que dans le sec. Quant à l'action des antiseptiques sur le bacille typhique, les auteurs ont vu qu'un vingt millième de sublimé empêche la culture de se faire, 1/800 de sulfate de quinine produit le même effet tandis que 1/400 d'acide phénique ne l'empêcho pas de se multiplier dans une culture. Quant à l'acide chlorhydrique, en ajoutant deux pour cent à une culture, on la ralentit beaucoup mais le bacille ne meurt pas car, en ensemençant quelques gouttes dans un bouillon alcalin, on peut le multiplier avec toute sa vitalité.

M. Debove présente le malade dont il a rapporté l'histoire dans la précédente séance et qui est porteur d'une volumineuse pleurésie purulente ne se traduisant par aucun signe fonctionnel.

M. Huchard présente le cœur d'une femme qui était entrée dans son service pour des accès de dyspnée douloureuse excessive survenant sous l'influence de la digestion ou des mouvements. On constatait les signes de l'aortite chronique avec myocardite. La douleur qui accompagnait les accès de dyspnée siégeait à la région gastrique, deux fois le maximum était sous les mamelons avec irradiations tout autour. La malade fut améliorée par l'usage de l'iodure de sodium, néanmoins elle mourut subitement. On trouva à l'autopsie de la myocardite scléreuse, de l'aortite chronique avec très léger rétrécissement de l'artère coronaire droite et oblitération complète de la coronaire gauche.

M. Huchard rappelle un second cas analogue qu'il a observé et où les accès simulaient si bien les crises de gastralgie que le malade était soigné comme gastrique et non comme cardiaque. Dans un troisième cas, observé par M. Hallez de Lille, les phénomènes furent analogues et les lésions anatomi-

ques identiques. Il insiste particulièrement sur cette forme pseudo-gastralgique de l'angine de poitrine. M. Chauffard fait observer que lorsqu'il y a de l'aortite, cette lésion pourrait bien elle aussi en dehors des coronaires donner sa note dans les manifestations symptomatiques.

M. Moutard-Martin raconte que le matin même il a fait l'autopsie d'un Brightique avec gros cœur sclérosé, dont une artère coronaire était complètement oblitérée et pourtant ce malade n'a jamais présenté le moindre accès angineux. M. Huchard répond qu'en effet l'oblitération d'une seule coronaire chez de jeunes sujets peut ne se traduire par aucun symptôme car il se ferait alors une *circulation complémentaire*. Il affirme qu'avec 1 à 3 grammes d'iodure de potassium administrés chaque jour pendant 1 à 3 ans, on peut guérir ces malades.

M. Guyot proteste contre cette affirmation ; il a vu deux angineux dont les accès ont cessé spontanément depuis plusieurs années sans traitement, il ne croit pas qu'il soit possible d'assurer que l'iodure guérit l'angine de poitrine.

M. Huchard maintient son dire et affirme que l'on peut, par le traitement ioduré prolongé, guérir non seulement l'angine de poitrine, mais aussi les anévrysmes. Nouvelle protestation de M. Guyot qui s'inscrit en faux contre cette nouvelle affirmation. Sur la demande de M. Dumontpallier, M. Huchard promet d'apporter ses statistiques de guérisons d'angine de poitrine et d'anévrysmes par la médication iodée.

M. Siredey est élu vice-président en remplacement de M. Gallard décédé. Par suite également de cette mort les mutations suivantes se font dans les hôpitaux.

M. Proust passe de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu, M. Gouguenheim de Bichat à Lariboisière ; M. Lacombe de Tenon à Bichat ; M. Barth, de Sainte-Périne à Tenon ; M. Letulle, du Bureau Central à Sainte-Périne. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Terrier communique à la Société la relation de deux *hystérectomies vaginales*. Dans un cas (5e opération de ce genre qu'il ait faite), les résultats primitifs et secondaires furent bons ; dans l'autre, il n'en fut pas ainsi. Il y a 8 mois environ qu'il a opéré ces deux malades. 1° Femme de 60 ans, bien portante jusqu'en janvier 1885, époque où apparaissent les pertes sanguines. Pas de ganglions iliaques, mobilité de l'utérus, urines normales, col dégénéré. Opération d'une heure et pansement à l'ouate iodoformée. Goût d'iodoforme ; vomissements au début sans péritonite, car ils cessèrent 48 heures après l'opération, guérison. En juillet 1886, cicatrice toujours nette, mais un peu indurée. Pas de règles. En janvier 1887, la malade va très bien, cicatrice non indurée à l'heure actuelle. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé. 2° Femme dans des conditions analogues, mais moins bonnes au point de vue opératoire (1• hystérectomie vaginale). Opération et guérison un mois après ; mais bientôt on constata une récidive sur la paroi antérieure du vagin. M. Terrier prévoyait dans une certaine mesure cette mauvaise issue, en se basant sur la persistance de douleurs vives et sur les hémorrhagies ; d'autre part, l'examen microscopique montra qu'à droite la séparation de l'utérus enlevé avait eu lieu sur la limite même du mal.—Sur 6 hystérectomies vaginales, dans 3 cas il y a eu des récidives, dans 3 autres cas il a obtenu la guérison.

M. Bouilly a fait 12 hystérectomies vaginales, 11 fois pour des cancers du col. La question opératoire lui semble jugée ; mais pour lui, le résultat thérapeutique est douteux. On ne pourra se rendre compte des bienfaits de l'opération qu'en suivant avec soin et longtemps les opérées.

M. Schwartz lit un rapport sur une observation de M. Reygnier intitulée : *Ostéomyélite du péroné, extirpation et régénération de cet os.* Il insiste sur la difficulté du diagnostic de la cause (syphilis, tuberculose, ostéomyélite de croissance) et sur l'intervention. Il se demande si l'évidement de l'os n'aurait pas suffi pour un os autre que le péroné, lequel peut être enlevé sans inconvénient d'ailleurs.

M. Bouilly lit l'observation d'une malade atteinte de *rétroflexion utérine* impossible à corriger et à laquelle il a remédié par l'*opération d'Adam-Alexander*. Femme de 31 ans, 6 enfants, présentant des douleurs persistantes dans le ventre, et irradiées en divers sens (aine, anus). Règles très abondantes et très douloureuses. Abaissement du col utérin, catarrhe du col, rétroflexion du corps sur le col à angle aigu ; le corps était dans la cavité de Douglas et l'ovaire gauche prolabé. La malade étant dans la position genu-pectorale, la flexion pouvait être corrigée momentanément, mais les pessaires n'amenaient aucun soulagement. Opération : incision au niveau de l'épine du pubis ; on trouve facilement à gauche l'orifice externe du canal, et après résection du nerf génito-crural, on tire et libère le ligament rond par une dissection attentive. A droite il fut impossible de le trouver malgré un débridement assez considérable. Une main étant introduite dans le vagin, on porte l'utérus en avant et l'y maintient; le ligament est alors fixé au fil de catgut après une traction de 6 centimètres et pelotonnée dans la plaie. On place un tampon de gaze iodoformée dans le vagin pour maintenir l'utérus en avant. Malgré un petit abcès survenu à l'incision de gauche (mauvaise antisepsie), résultat thérapeutique bon après 10 mois. Il n'y a plus de douleurs, plus de gêne de la défécation, plus de rétroflexion, le prolapsus de l'ovaire est corrigé ; la malade marche sans pessaire qu'elle ne peut supporter d'ailleurs. Ce fait montre que le raccourcissement d'un seul ligament rond peut suffire. Cette opération semble rarement indiquée.

M. Pozzi demande pourquoi M. Bouilly n'a pas employé la sonde utérine pour redresser l'utérus, au lieu d'introduire la main dans le vagin ; il croit en outre qu'il vaut mieux réséquer le ligament rond après sa fixation au lieu de le pelotonner dans la plaie.

M. Bouilly croit aussi qu'il vaut mieux en faire la résection. Il n'a pas employé la sonde, parce que le vagin était très large et que la main entrait facilement par suite d'une déchirure vulvaire antérieure. Il croit que, si l'on peut, il vaut mieux redresser l'utérus par des manœuvres extérieures.

M. Kirmisson demande à M. Bouilly si, à droite, là où il n'y a pas eu de résection du ligament rond non trouvé, il n'y avait pas un peu de tendance à l'éventration ou à la hernie.

M. Bouilly répond que la paroi abdominale, malgré les délabrements faits à ce niveau, resta très résistante.

M. Quénu lit une observation de *luxation ancienne de la hanche*, traitée par la *résection de la tête fémorale*. (Renvoi à une commission.)

M. Nimier lit un mémoire sur les *plaies de l'abdomen par armes de guerre*. (Renvoi à une commission.)

M. Monod présente un kyste de l'ovaire dont le pédicule était *tordu*. Il trouva dans ce kyste un épanchement de sang. Sa surface était altérée et présentait de nombreuses adhérences. On peut soupçonner cette torsion avant l'opération si la malade accuse une grande douleur dans le ventre, comparable à une colique hépatique. Le diagnostic de torsion étant fait, on doit conseiller l'opération de suite.

Election : Une place de membre titulaire de la Société est déclarée vacante. Marcel Baudouin.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Ovulation during pregnancy, par Christopher (*American journal of obstetrics*, mai 1886, p. 457).

II. A case of prolonged gestation with autopsy of the fœtus ; par Nunez Rossié (*Amer. Journ. of obst.*, janvier 1886, p. 18).

III. De la version en général et particulièrement de la version par manœuvres externes ; par le Professeur Léon Dumas, Montpellier, Bœhm et fils, 1886.

IV. De la constriction métallique appliquée à la rachitomie ; par le Dr Lefour, Paris, O. Doin, 1886.

I. En présence de certains faits de superfœtation bien évidents que permet seule d'expliquer l'hypothèse de la persistance de l'ovulation pendant la grossesse, on comprend toute l'importance que peuvent avoir les preuves anatomiques de cette ovulation. Aussi les recherches expé-

rimentales de Christopher méritent-elles une mention spéciale. Au cours de ses vivisections, il a observé sur les ovaires d'une chatte, qui portait quatre petits à terme, des saillies de volume variable, qu'il prit à première vue pour des corps jaunes ; mais l'examen microscopique lui démontra que ces saillies étaient constituées par des vésicules de Graœf à l'état de maturité, et qu'elles contenaient un ovule bien développé.

Ce fait doit être rapproché de l'observation faite par Slavjansky chez une femme morte de rupture de la trompe au cours d'une grossesse tubaire : l'ovaire gauche contenait un follicule mûr et plusieurs autres arrivés à différents degrés de développement.

Christopher n'hésite pas à conclure que les fonctions de l'ovaire peuvent subsister pendant le cours de la grossesse sans affirmer cependant que ce soit là un fait absolument constant et régulier.

II. Les observations de grossesse prolongée sont rares et souvent douteuses. Celle de Nunez Rossié est particulièrement intéressante en raison des détails révélés par l'autopsie du fœtus.

Une jeune fille de 22 ans, devenue enceinte à la suite d'un viol, n'entra en travail que 317 jours après ce premier et unique rapprochement sexuel. L'accouchement fut très laborieux ; après une période de dilatation qui dura deux jours, on dut extraire avec le forceps un énorme garçon du poids de 5,300 gr. et d'une longueur de 54 centimètres. Les diamètres de la tête mesuraient, le maximum 144 millim., l'occipito-mentonnier 134 millim., l'occipito-frontal 127 millim., le bipariétal 102 millim., le bitemporal 92 millim.

Cet enfant né en état d'asphyxie ne put être complètement ranimé et succomba quelques heures après sa naissance. La nécropsie révéla les détails suivants : La peau n'était pas recouverte d'enduit sébacé, et un commencement de desquamation épidermique très apparente existait sur toute la surface du corps. Les ongles dépassaient de plusieurs millimètres le bout des doigts. L'examen attentif du système osseux montra que son développement était beaucoup plus avancé qu'il ne l'est habituellement à la naissance. On trouva notamment dans l'épiphyse de l'extrémité supérieure de l'humérus un point d'ossification qui d'après les anatomistes, et Sappey en particulier, n'apparaît d'ordinaire qu'à l'âge de trois ou quatre mois.

Ces différents faits : temps écoulé depuis le viol jusqu'au moment de l'accouchement, volume considérable du fœtus, grande dimension des diamètres céphaliques, desquamation épidermique, points d'ossification apparents dans la plupart des épiphyses, constituent un faisceau de preuves qui établissent d'une façon indiscutable la prolongation de la grossesse.

III. — M. le professeur L. Dumas vient de réunir, en un mémoire dédié au Dr Budin, une série de leçons intéressantes, qu'il a faites à la Clinique obstétricale de Montpellier sur la version. Ces leçons ne forment que la première partie d'une étude de la version et de l'extraction du fœtus par le siège, que M. Dumas se propose d'achever ultérieurement ; elles ont trait à la version en général et à la version par manœuvres externes.

Dans ses considérations sur la version en général, M. Dumas s'attache avant tout à donner une bonne définition de la version, celles qui ont cours dans la science lui paraissant insuffisantes ou incomplètes, et il propose la formule suivante : « La version est une opération par laquelle la nature ou l'art fait exécuter au fœtus, dans l'intérieur de la cavité utérine, une rotation longitudinale destinée à transformer une présentation vicieuse en une présentation plus favorable. »

Cette définition le conduit à montrer d'abord comment la nature est parfois capable de rétablir à elle seule entre la mère et le fœtus les rapports nécessaires à un accouchement normal, lorsque ces rapports sont modifiés par quelque anomalie. Pour cela, il passe en revue : 1° Les causes de la situation normale du fœtus dans l'utérus et insiste sur l'accommodation et la tonicité des parois abdominales ; 2° Les causes des changements de situation du fœtus, qui résident ou dans la forme du contenant (excès de liquide amniotique, insertion vicieuse du placenta, obliquités de l'utérus, vices de conformation de l'utérus et du bassin, défaut de résistance des parois de l'abdomen, etc.) ou dans la forme du contenu (hydrocéphalie, mort et macération du fœtus, etc.), ou enfin dans un excès ou un défaut de mobilité du fœtus provenant soit de la mère, soit du fœtus lui-même. Le résultat des différentes causes de mutations est d'amener des présentations anormales, dont le pronostic est plus ou moins grave. La nature peut, il est vrai, parer à ces anomalies, et M. Dumas expose en détail le mécanisme de l'évolution et de la version spontanées.

Mais cette réduction spontanée n'ayant pas toujours lieu, l'accoucheur a souvent à pratiquer la version, c'est-à-dire à imiter le mécanisme de la version spontanée. Tantôt il usera de simples manipulations extérieures, d'une manière préventive. soit pendant la grossesse et soit même pendant le travail, *version par manœuvres externes*. Tantôt il opérera pendant le travail en introduisant la main dans l'utérus. Dans un but curatif : *version par manœuvres internes*. Chacune de ces opérations a ses indications distinctes, et suivant que l'opérateur ramènera la tête ou le siège au détroit supérieur, la version sera dite céphalique ou pelvienne.

Les leçons qui suivent ces généralités sont consacrées à la version par manœuvres externes. Nous ne ferons que signaler l'historique et le manuel opératoire : ce dernier est minutieusement exposé, et M. Dumas insiste sur les difficultés qui peuvent se présenter au cours de l'opération et sur les moyens d'y parer.

Nous devons nous arrêter surtout aux indications. L'auteur établit en principe l'innocuité de la version par manœuvres externes pour la mère et l'enfant et fait justice des dangers purement théoriques qu'on lui a attribués.

Indépendamment de la présentation de l'épaule qui est une indication formelle, il se prononce nettement en faveur de l'opération dans le cas de présentation du siège : « Lorsque, dans une présentation du siège, la version céphalique est possible, c'est un devoir pour l'accoucheur de la faire, car l'action de la nature est trop aléatoire et trop incertaine pour qu'on soit autorisé à l'attendre lorsqu'on est prévenu assez tôt. »

En ce qui concerne les présentations de la face et du front, M. Dumas fait remarquer que les manœuvres extérieures qu'on a conseillées pour en opérer la réduction en fléchissant la tête ne constituent point une version véritable. A ce propos, toutefois, il indique un procédé qui lui a été suggéré par un fait de réduction spontanée de la face qu'il a eu l'occasion d'observer. Lorsque cette présentation est reconnue pendant la grossesse, il conseille de faire coucher la femme du côté opposé à l'occiput, d'appliquer alors une main sur le siège et de le refouler peu à peu sous l'hypochondre opposé à celui qu'il occupe ; l'autre main soutiendrait la tête de manière à la maintenir au-dessus du détroit supérieur et à favoriser son glissement vers la fosse iliaque correspondant à l'occiput ; en même temps le talon de cette main exercerait une pression convenable sur le thorax du fœtus pour aider à la flexion en détruisant la cambrure exagérée du tronc qui accompagne toujours les présentations de la face. M. Dumas pense que l'on pourrait obtenir ainsi la flexion de la tête ; il ne resterait plus alors qu'à la ramener immédiatement au centre du détroit supérieur.

Comme indication de la version céphalique par manœuvres internes. M. Dumas admet avec M. Pinard l'insertion vicieuse du placenta, mais seulement dans les cas d'insertion marginale ; il conseille au contraire d'aller autant que possible à la recherche des pieds lorsque l'insertion est centrale. Enfin il ne fait qu'indiquer les rétrécissements du bassin, sans prendre parti dans cette importante question, sur laquelle il se propose de revenir.

Quant aux contre-indications, ce sont : pendant la grossesse, l'existence de jumeaux, la présentation du siège en-

gagée, les malformations utérines, l'hydramnios, etc.; pendant le travail, une dilatation avancée avec rupture des membranes. Dans toutes ces conditions, l'opération ne pourrait être faite sans entraîner quelque danger ou sans rencontrer des obstacles qui en compromettraient le résultat.

En terminant, M. Dumas montre la nécessité du maintien de la réduction obtenue par la version par manœuvres externes; les bandages de corps avec addition de tampons de ouate, les ceintures, et particulièrement la ceinture eutocique de Pinard sont les moyens à employer pour maintenir le fœtus dans une présentation favorable jusqu'au moment du travail.

IV. Parmi les différentes méthodes d'embryotomie applicables aux présentations de l'épaule irréductibles, la version forcée telle que la pratiquait Robert Lee et l'évolution forcée de G. Veit sont aujourd'hui presque généralement abandonnées pour la rachitomie, qui consiste à diviser le fœtus en deux tronçons dont on fait séparément l'extraction.

Il existe divers procédés de rachitomie: la *section*, qu'on exécute d'ordinaire avec les longs ciseaux de P. Dubois, opération délicate et trop souvent longue et pénible; la *dilacération*. telle qu'elle est pratiquée en Allemagne avec le crochet de Braun, et qui n'est pas sans danger, la *sercission* qui consiste à sectionner le cou ou le tronc du fœtus à l'aide d'une scie (scie à chaîne, fil de fouet *bis* du Pr Pajot, ficelle-scie du Dr Thomas, etc.).

La sercission est certainement un des meilleurs moyens d'effectuer la rachitomie. Toutefois, frappé de certains inconvénients qu'elle présente, et en particulier du danger que peuvent courir les parties molles pendant les mouvements de va-et-vient de la scie, le Dr Lefour, de Bordeaux, a cherché à lui substituer la constriction pure et simple, lente et graduelle, comme celle qu'on exerce avec le serre-nœud de Maisonneuve.

Déjà Barnes avait employé la constriction métallique pour sectionner le crâne et les membres du fœtus; mais il ne l'avait pas appliquée à la division de la colonne vertébrale.

Les recherches de M. Lefour l'ont conduit à imaginer un constricteur métallique dont l'emploi lui a donné les meilleurs résultats.

Cet instrument se compose essentiellement de deux parties, solidement ajustées l'une à l'autre: 1° l'une, destinée à loger le fil constricteur; c'est une tige d'acier recourbée en forme de crochet et creusée d'une cannelure profonde; 2° l'autre, qui contient le mécanisme du serre-nœud et sert de manche à l'instrument; sur sa face postérieure est une coulisse dans laquelle la rotation de la vis du serre-nœud fait avancer ou reculer un petit étau destiné à retenir entre ses mors les deux chefs du fil constricteur. Ce rachitome a une longueur totale de 48 centimètres.

Des expériences nombreuses entreprises pour le choix du fil à employer ont démontré au Dr Lefour que ce sont les fils d'acier étiré de 7 et 8/10 de millimètre qui répondent le mieux à toutes les indications.

Le manuel opératoire est des plus simples; il comprend quatre temps. Le premier consiste dans l'application du crochet armé de son fil autour du cou; on doit suivre ici les mêmes règles que pour le placement de tous les crochets. Dans le deuxième temps on attire l'extrémité du fil au dehors, manœuvre rendue facile par l'existence à cette extrémité d'un anneau de caoutchouc toujours béant, dans lequel le doigt pénètre aisément. Puis, les deux chefs du fil sont fixés entre les mors de l'étau. Le troisième temps a pour but de serrer l'anse métallique et de diviser ainsi le fœtus en deux tronçons, ce qu'on obtient en faisant mouvoir la vis du serre-nœud. Une fois la rachitomie opérée, il ne reste, dans le quatrième temps qu'à extraire successivement le tronc et la tête du fœtus.

M. Lefour rapporte une série d'expériences très démonstratives qu'il a faites sur des fœtus morts près du terme; il a opéré tantôt sur la table, tantôt sur le mannequin de Budin et Pinard. Il a constaté que le fil d'acier possède une extrême souplesse et une énorme résistance à la traction, et il a réussi constamment à exécuter en quelques minutes la décollation simple, la décollation avec section oblique du moignon de l'épaule, la section du thorax et de l'humérus, etc.

Ce n'est qu'après avoir ainsi longtemps expérimenté que M. Lefour s'est décidé à opérer sur la femme vivante, et il a eu quatre fois l'occasion de faire la rachitomie par son procédé. Dans quatre cas de présentation de l'épaule, où la mort du fœtus et la rétraction de l'utérus contre-indiquaient formellement la version, il a pu pratiquer la décollation avec son rachitome sans difficulté, et les femmes se sont rétablies.

Ces observations, jointes aux expériences de l'auteur, démontrent que la rachitomie par constriction métallique présente de réels avantages. Elles ne peuvent qu'engager les accoucheurs à expérimenter cette nouvelle méthode d'embryotomie, sur laquelle il deviendra ainsi possible de porter un jugement définitif. Ch. Maygrier.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du phosphate de chaux contre les sueurs des phthisiques.

Dans une thèse inaugurale fort bien faite, et dont l'inspiration appartient à M. le professeur Potain, le Dr Rebory expose les résultats qu'il a obtenus, après de nombreux devanciers, par l'emploi du phosphate de chaux dans les sueurs des phthisiques.

« Lorsqu'un malade, dit le Dr Rebory, est atteint de tuberculose pulmonaire, il se passe les phénomènes que voici: D'une part, envahissement plus ou moins rapide de l'injection bacillaire qui progresse soit sur place par extension, soit en se diffusant dans les différents systèmes; d'autre part, résistance de l'organisme qui lutte contre l'envahissement et qui oppose toutes ses forces vives à la progression du mal.

« C'est du résultat de cette lutte entre ces deux facteurs que dépendra la guérison ou la mort du malade, si l'organisme est débilité, affaibli, incapable de résister, ou bien si l'envahissement bacillaire est soudain, diffus, généralisé, l'organisme est rapidement vaincu et le malade est voué à une mort plus ou moins prompte; mais si, au contraire, l'intoxication est partielle, locale, peu intense, si l'organisme est vaillant, robuste et vigoureux, le malade atteint accidentellement de cette intoxication, peut lutter et vaincre, et la guérison est possible.

« A défaut d'un agent tuant sûrement le parasite de la tuberculose, le but du médecin est donc de donner à l'organisme atteint les armes nécessaires à la lutte pour qu'il puisse efficacement combattre l'extension du mal et en triompher d'une façon définitive. »

On ne saurait mieux dire, mais on peut compléter la pensée de l'auteur en ajoutant: que, posséda-t-on un moyen certain de détruire les bacilles, il n'en faudrait pas moins agir avec la même énergie sur l'organisme débilité et sur les symptômes qui constituent par eux-mêmes un danger. Il existera donc toujours un ensemble de moyens hygiéniques et thérapeutiques qu'on ne devra jamais négliger. Parmi ces symptômes, il en est un fort désagréable, debilitant au premier chef, et qui expose à des refroidissements dangereux pour le phthisique; ce sont les sueurs nocturnes, sueurs malfaisantes, disait le professeur Peter, et qu'il importe de combattre.

M. Rebory passe en revue la série si nombreuse des médicaments que l'on a préconisé contre ces sueurs, les astringents, et surtout l'acétate de plomb, l'alun, le sulfate de fer, l'acide sulfurique, le tannin et le tannate de quinine, les stimulants et les toniques, l'arsenic, l'opium, la belladone, l'ergot de seigle l'agaric, etc., etc.

De la discussion, il ressort que ces médications sont toutes: ou inefficaces dans un grand nombre de cas, ou produisant des phénomènes d'intoxication ou déterminant

à la longue des troubles gastro-intestinaux. Au-dessus de ces médications, on doit placer le phosphate de chaux dont l'utilité et l'efficacité sont incontestables. Et M. Rebory cite de nombreuses observations de Guyot, Legougeux, Dony, et enfin Potain.

A ces observations viennent s'ajouter celles de l'auteur faites en vue de sa thèse.

M. Potain et après lui M. Rebory emploient le phosphate tricalcique à la dose de 4 grammes, mais on est souvent obligé d'élever la dose à 8 grammes et même à 15 grammes! Et quelques fois on échoue! La pensée ne devrait-elle pas leur venir que cette préparation par trop primitive est insuffisante.

Pour qu'il soit absorbé et partant efficace il faut que le phosphate de chaux se dissolve dans un milieu acide. Mais les phthisiques dont l'intégrité des fonctions digestives laisse tant à désirer sécrètent-ils toujours assez de suc gastrique pour dissoudre une qualité appréciable de phosphate de chaux alors qu'à l'état normal il s'en dissout déjà si peu? Et chez ces malheureux malades, ne doit-on pas se demander ce que vont devenir les digestions si nécessaires, en présence de cette neutralisation du suc gastrique?

M Rebory s'est posé la première de ces questions. Il s'est demandé s'il ne réussirait pas mieux avec du phosphate soluble, phosphate acide, chlorhydro-phosphate. Et il a donné du phosphate acide et il a réussi dans des cas où le phosphate tricalcique avait échoué. Il faut dire, à la vérité, que dans les hôpitaux les médecins ne peuvent pas employer à leur volonté les préparations qu'on trouve dans les moindres pharmacies. Du phosphate acide passe à la rigueur, c'est un sel vulgaire, mais du chlorhydro-phosphate que le pharmacien d'hôpital ne saurait préparer sans de nombreux ennuis. il n'y en a pas et on ne saurait admettre des produits composés fabriqués au dehors!

Aussi, M. Rebory dit-il avec une pointe de mélancolie à propos d'un fait qu'il vient de citer: « Cette observation montre que le phosphate tricalcique n'est pas infaillible, puisque les doses de 4 et 6 grammes n'ont amené aucun changement. mais elle montre surtout que les préparations solubles peuvent réussir quand le premier devient impuissant. » Qu'on les emploie donc de prime abord.

M. Rebory se demande à la fin de la thèse comment agit dans le cas de sueurs le phosphate de chaux. Son action, certaine, dit-il, dans ses effets, est inexplicable dans ses causes, et il faut admettre une spéciale action de ce médicament sur la sécrétion sudorale.

Il nous semble, cependant, que cette action n'est pas aussi difficile à expliquer que cela. S'il avait employé souvent dans la phthisie à ses diverses périodes, le chlorhydro-phosphate de chaux type des préparations solubilisées et assimilables, il aurait vu: L'appétit se montrer presque immédiatement, les digestions devenir faciles, l'assimilation, nulle ou insuffisante jusque-là, s'effectuer avec régularité, la nutrition reprendre son énergie et tout l'ensemble du malade dénoter un mieux être et un accroissement de forces des moins contestables. En faut-il donc davantage pour voir disparaître un symptôme qui n'est qu'un indice de la débilité profonde du malade?

En terminant, M. Rebory se faisant l'écho des enseignements de M. Potain, constate l'efficacité incontestable du phosphate de chaux qui, à cet avantage si précieux, joint les qualités suivantes.

« De n'être point toxique, d'être facile à administrer, bien toléré par l'estomac, d'être un stimulant de la nutrition, de s'opposer à la diarrhée qui complique si souvent les sueurs et enfin de pouvoir être continué pendant longtemps, non seulement sans inconvénient, mais même avec grand profit pour la santé du malade. » Et il ne dit pas tout.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Dubois, docteur ès sciences, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé jusqu'à la fin de l'année 1886-1887, d'un cours de physiologie générale et comparée à la Faculté des sciences de Lyon.

VARIA

Technique dentaire. — Des extractions.

Avant de faire l'extraction d'une dent, il n'est point inutile de prendre quelques précautions. Tout d'abord doit-on interroger son malade avec soin. Lui demander depuis combien de temps il souffre, quel genre de douleurs il a supporté, et à quelle époque remonte le début de la carie, ou mieux, s'il se rappelle quand il en a souffert pour la première fois. Suivant les réponses du patient, l'on pourra diagnostiquer à quel genre d'affection l'on a affaire.

Si le malade, au moment où il se présente au médecin, supporte ce que l'on appelle une rage de dents, si le chaud ou le froid détermine une douleur suraiguë, si l'aspiration de l'air détermine une douleur vive et qui s'exacerbe, si la pression sur la dent n'exagère pas la douleur, l'opérateur sait qu'il est en présence d'une *pulpite aiguë*.

D'un autre côté, si la dent qui fait le désespoir du patient. paraît et est mobile, dépassant légèrement les voisines, si la pression détermine une douleur violente, et qu'en fermant les mâchoires les dents se rencontrant produisent par leur choc une exagération de la douleur, qu'en même temps au pourtour de la dent le tissu gingival paraisse rouge et enflammé avec un liseré purulent quelquefois, et que sur le trajet des racines par la pression digitale l'opérateur détermine de la douleur, celui-ci peut être sûr et certain d'avoir devant lui une périostite aiguë. D'autres symptômes, comme un calme relatif le jour, et la nuit une exacerbation et la souffrance, le soulagement fictif en serrant les dents pendant quelques secondes, sont aussi des symptômes certains de cette affection. Si la dent est à racine unique, en frappant dessus avec le manche en bois d'un instrument, ou avec un crayon, porteplume, on peut diagnostiquer quelle est la partie de la racine atteinte. Le sommet en frappant sur le centre de la couronne et les parois postérieure ou antérieure, suivant que la douleur répond au choc produit sur les faces correspondantes.

Quant aux dents à racines multiples, le diagnostic se fait de la même façon. Suivant que les chocs seront produits soit au sommet de la couronne sur la face triturante, soit sur les autres faces de la dent, l'affection sera localisée sur les racines aux points douloureux correspondants.

Il n'est point inutile d'avoir tous ses renseignements, car, suivant l'une ou l'autre de ces affections, le praticien, dans son opération, aura plus ou moins de difficultés.

A moins de se trouver en présence d'une dent dont la couronne soit réduite à l'état de coque d'œuf et ne devant sa forme qu'à la couche d'émail encore existant, il est facile d'en faire l'extraction, et par cela seul, soulager son patient dans le cas de *pulpite*.

Dans les cas de *périostite* au contraire, la dent quoique mobile, et paraissant facile à extraire, offrira des résistances parfois considérables, dues aux tissus de nouvelle formation, qui se sont produits par suite de l'inflammation du périoste. Ces tissus adhèrent fortement aux parois alvéolaires. La conduite de l'opérateur en ces circonstances doit donc être autre. Il lui faudra prendre plus de précautions, développer plus de force, ou tout au moins la savoir bien distribuer.

De l'Elévateur, nommé Pied-de-Biche.

Cet instrument qui rend de nombreux services dans la main des praticiens qui en font usage, est un levier du premier genre, en acier, destiné à l'extraction des racines.

Il présente deux extrémités, l'une légèrement coudée pour former la partie active de l'instrument, et l'autre, solidement fixée dans un manche d'ivoire, ébène ou corne, ayant la forme d'une pyramide à huit pans, dont les arêtes de la base sont mousses. Ce manche est ainsi terminé par ce qu'il doit ordinairement reposer dans la paume de la main pendant l'opération. La longueur totale du pied de biche varie entre 12 et 13 centim. La partie en dehors du manche a environ six centimètres, ce qui est parfaitement suffisant pour aller dans toutes les positions.

Sur ces six centimètres, cinq sont en ligne droite. **Au sixième**

la tige d'acier est recourbée pour former la partie active en faisant un angle obtus.

La partie active présente deux faces : l'une antérieure, et l'autre postérieure. La première est creusée dans toute sa longueur en gouttière, afin que la partie arrondie de la racine puisse s'y loger. La postérieure est aplatie dans sa plus grande

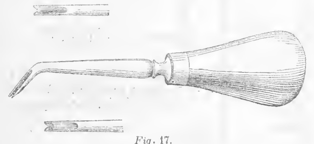


Fig. 17.

partie et se finit par une échancrure, de telle sorte que les deux faces se rejoignant, en s'amincissant, l'extrémité active se trouve de ce fait terminé par deux pointes aiguës destinées à empêcher le glissement de l'instrument lors des efforts faits pour l'extraction. Le lecteur est prié de se reporter à la figure ci jointe pour se rendre compte de l'instrument dans son ensemble. *(A suivre.)*

Assistance publique. Concours du Bureau Central.

Nous sommes très surpris de ne voir paraître aucune nouvelle officielle concernant le *Concours du Bureau Central* en médecine. Et cependant cinq places sont actuellement vacantes. Pourquoi tarder à mettre ces cinq places au concours? Il est vivement à désirer que l'Administration de l'Assistance Publique se hâte de réparer cet oubli en fixant immédiatement la date du premier concours. Les candidats sont nombreux, sacrifient beaucoup de leur temps à la préparation de ces concours. Il est donc légitime que l'Administration, qui s'adresse souvent à eux au moment des vacances, afin de remplacer les chefs de service, (car les médecins du Bureau Central ne sont pas en nombre suffisant comme cela devrait être), fasse cette année même deux concours dans le but de combler tous les vides qui existent au Bureau Central.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Trélat, Fournier, Terrillon. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus.

MARDI 8. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Debove. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM Panas, Cornil, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hanot.

MERCREDI 9. — (Epreuve pratique). Médec. opér. : MM Guyon, Lannelongue, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Damaschino, Rendu.

JEUDI 10. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Le Fort, Tarnier, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Panas, Laboulbène, Pinard. — 3e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Peter, Dieulafoy, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud. Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Ball, Joffroy,

VENDREDI 11. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Charcot, Fournier, A. Robin.

SAMEDI 12. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Campenon. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Laboulbène, Duplay; Richelot; — 1re *Série* : MM. Cornil, Grancher, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Ball, Proust, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Vendredi 11. — M. Bourgeois. La périostite et l'ostéopériostite consécutives à la fièvre typhoïde. — M. Debu. De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies opératoires.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 février 1887 au samedi 26 février 1887, les naissances ont été au nombre de 1339, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 479 ; illégitimes, 198. Total, 677. — *Sexe féminin* : légitimes, 478; illégitimes, 184. Total, 662.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 février 1887 au samedi 26 février 1887, les décès ont été au nombre de 1211, savoir : 603 hommes et 608 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 24. T. 42. — Variole : M. 3, F. 1, T. 4. — Rougeole : M. 22, F. 23. T. 45. — Scarlatine : M. 5, F. 1, T. 6. — Coqueluche : M. 9, F. 8. T. 17. — Diphthérie, Croup : M. 18 F. 37, T. 45. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 139, F. 80. T. 219. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 8. T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 3. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 11, F. 24. T. 35. — Méningite simple : M. 33, F. 21. T. 54. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 27. T. 43. — Paralysie : M. 5, F. 5. T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 34. T. 64. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 26 T. 44. — Bronchite chronique : M. 29, F. 29. T. 58. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 29. T. 45. — Pneumonie M. 34, F. 52. T. 86. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 17. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 15, F. 9. T. 24. — Autres gastro-entérite : M. 1, F. 4. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 13, T. 24. — Sénilité : M. 4, F. 23. T. 27. — Suicide : M. 8, F. 4. T. 12. — Autres morts violentes : M. 4, F. 4. T. 8. — Autres causes de mort : M. 112. F. 87. T. 199. — Causes restées inconnues : M. 8 F. 4. T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 13. Total : 49, — *Sexe féminin* : légitimes, 27; illégitimes, 11. Total : 38.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs Morin.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs de la nue propriété en somme de douze mille francs (12.000 fr.), que le sieur Morin a fait à cet établissement par son testament en date du 14 décembre 1884. Cette somme sera placée, au décès des usufruitiers, en rente 3 p. 0/0 sur l'Etat français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, sous le nom de « *Prix Anna Morin* ». Ledit prix sera décerné tous les cinq ans à un médecin, âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Rétablissement du droit des Inscriptions.* — A partir du 1er avril 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Ecoles d'enseignement supérieur de l'Etat, seront soumis à un droit d'inscription de 30 fr. par trimestre. Sont dispensés de ce droit, les boursiers ; peuvent, en outre, en être dispensés, un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription. Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, les Ecoles de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie, peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des Sciences. Un decret rendu en la forme de règlement d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées. Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription. — A partir du 1er avril 1887, les inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1886-87 ne peuvent être prises dans aucune Faculté ou Ecole d'enseignement supérieur avant une date qui sera fixée plus tard. — Le Conseil général des Facultés de Paris s'est réuni vendredi sous la présidence de M. Gréard, et, procédant en ce qui le concerne à la présentation des candidats à la place de doyen de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Béclard, a présenté également en première ligne, par 15 voix sur 16 votants, M. le professeur Brouardel, et en seconde ligne M. le professeur Jaccoud. Dans cette même séance le Conseil a émis aussi le vœu que l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris soit représentée au sein du Conseil, non plus seulement par son directeur et *un* délégué, mais par son directeur et *deux* délégués.

— *Conseil général des Facultés.* — Le jeudi 3 mars a eu lieu à la Faculté de médecine l'élection d'un délégué au conseil général des Facultés, en remplacement de M. Brouardel, doyen, et membre de droit. M. Lannelongue a obtenu 31 voix ; Germain Sée, 1 voix ; il y a eu 3 bulletins blancs.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. POLLOSON, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1887, d'un cours de pathologie externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un incendie considérable a éclaté samedi, à onze heures du soir, dans une partie des batiments de la Faculté de médecine de Nancy. Le laboratoire de thérapeutique, le cabinet du professeur d'histoire naturelle ont été

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
La Chronique des hôpitaux.

détruits. On a pu sauver la bibliothèque; une seule salle a du être déménagée. L'incendie aurait été causé par une étuve.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 28 février 1887, un concours s'ouvrira, le 4 novembre 1887, à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie : M. SÉGARD, préparateur de chimie; M. LEPLOMB, préparateur d'histoire naturelle.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE.— *Cours d'embryologie.* — M. le Pr MATHIAS DUVAL commencera ce cours le lundi 7 mars, à 5 heures du soir, et le continuera le lundi suivant, à la même heure. Programme : la *Formation des monstres doubles*; la *segmentation vertébrale.*

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. COREIL est nommé préparateur de chimie et de pharmacie à ladite Ecole, en remplacement de M. Labussière, démissionnaire.

M. VIRCHOW vient d'être réélu membre du Reichstag pour la 2me circonscription de Berlin.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal de médecine bi-hebdomadaire, dirigé par M. Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, le *Bulletin médical.* Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — La *Société d'ophtalmologie française* se réunira le lundi 2 mai à Paris. La liste et l'analyse des travaux à présenter dans cette session doivent être adressées le plus tôt possible à M. le secrétaire général de la Société.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.— Nous sommes heureux d'apprendre que cette Société vient de décerner le prix Godard à notre collaborateur et ami le Dr Gilles de la Tourette pour ses *Etudes cliniques et physiologiques sur la marche; la marche dans les maladies du système nerveux.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le D JOBBÉ-DUVAL, médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement de Paris. — M. le Dr CARPENTIER décédé à Paris, le 28 février 1887. — M. le Dr LECLERC, ancien interne des hôpitaux de Paris.—M. RAYNAUD, inspecteur du service de santé de la marine en retraite. — MM. HUBERT et ROSSIGNOL, médecins-majors de 1re classe en retraite.—M. le Dr NIDART (de Sainte-Menehould). — M. le Dr REUILLET, député de la Loire, conseiller général de ce département, conseiller municipal de Roanne et chirurgien de l'hôpital de cette ville, vient de succomber à l'âge de 45 ans. — M. GUERMONPREZ, pharmacien à Lille. — On annonce la mort du professeur EICKLER, directeur du Jardin botanique de Berlin.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — Le Dr Auguste VOISIN reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 6 mars. à 9 heures et 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et pendant les trois premiers mois de l'année 1887 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Etude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts** Un vol. in-8 de 144 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 50.

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode de M. le professeur Paul BERT. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit . à . . . . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages.— Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix: 6 fr,—Réduit à 2 fr. 40.

BRISSAUD (E.), **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . . 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche chromo-lithographie. — Prix : 10 fr. — Réduit à . . . . 4 fr.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 MARS 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Persistance du canal de Muller. — Hydronéphrose du rein et de l'uretère droits. — Pyélonéphrite calculeuse du rein gauche très hypertrophié ;

Par M. le Dr RELIQUET (1)

Un homme d'aspect robuste, de 45 ans, intelligent, dirigeant de grandes affaires, me raconte qu'il souffre depuis longtemps de coliques néphrétiques ; il rend à la fin de ces crises des graviers qu'il me montre ; ils sont blancs, à surfaces irrégulières présentant des arètes vives, des faces à peine lisses, peu volumineux presque tous, ils sont moins gros qu'une lentille.

Les coliques néphrétiques ont toujours lieu à gauche. Le malade se rappelle cependant avoir eu des douleurs à droite, mais ses souvenirs sont absolument vagues.

Il a consulté beaucoup de médecins, il est allé aux différentes stations d'eaux minérales conseillées contre la gravelle. Il n'a, d'après lui, obtenu d'amélioration momentanée qu'à Evian. Depuis qu'on a préconisé l'usage du cidre contre la gravelle, il fit installer chez lui une brasserie de cidre modèle ; et depuis quatre années il boit de trois à quatre litres de cidre tous les jours, et cela sans voir diminuer la fréquence de ses crises néphrétiques.

Depuis quelque temps, environ six mois, il lui arrive de rendre souvent une assez grande quantité de sang dans ses urines, et cela sans causes extérieures appréciables, marche, courses en voiture, etc. Et même ce malade aimant beaucoup les chevaux, tous les jours et par tous les temps, à moins qu'il soit arrêté par une colique néphrétique, il sort en voiture, conduisant lui-même.

Ainsi les mouvements brusques de tout son individu ne provoquent aucune douleur spéciale du côté des voies urinaires. Il a bien la douleur sous le gland quand le gravier est tombé dans la vessie et vient toucher le col; mais il sait à merveille ce qu'il en est et qu'avec une bonne poussée d'urine il se débarrasse du gravier.

Depuis longtemps, plus d'un an, les urines sont constamment chargées de mucosités filantes épaisses, très denses, présentant des magmas plus épais. C'est toujours dans ces mucosités entourées par elles que les graviers franchissent l'urèthre. Le malade me raconte que de temps en temps il rend en urinant un liquide noir assez épais, chargé de grumeaux, qui répand une odeur infecte. Plus tard, j'ai su que les gens de son service reconnaissaient depuis longtemps l'endroit où il venait d'uriner dans les écuries en raison de l'odeur spéciale de ses urines. La famille me dit qu'à l'âge de 4 ans d'abord, puis à 6 ou 10 ans ce malade avait eu des difficultés pour uriner. Mais personne, même le malade, ne peut me donner des détails sur ces troubles fonctionnels lointains.

A ma première visite, je trouve une quantité considérable d'urine par 24 heures.

Analyse faite par M. Yvon. — 3,600 centimètres cubes par 24 heures. Urine un peu rosée, trouble, ne s'éclaircit pas. Dépôt jaunâtre abondant, consistance visqueuse. Légèrement alcaline. Densité 1010. Odeur ammoniacale. Contenant par 24 heures : urée, 22 gr. 50 ; acide phosphorique, 3 gr. 74 ; albumine, 9 gr. 36. Beaucoup de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et de leucocytes. Hématies abondantes. Cellules épithéliales de la vessie. Bactéries.

Ainsi, il y a une proportion d'urée qui est un peu au-dessous de la normale.

La soif, toujours vive, même dans les conditions habituelles, entraîne à boire beaucoup et souvent. Le malade, à la tête d'une grande affaire, qui exige sa présence fréquente à Paris, fait souvent des repas copieux, et cela, me dit-il, sans en éprouver plus de gêne ou plus de coliques néphrétiques.

J'examine par le rectum, je ne trouve rien d'anormal, sauf des matières fécales dures accumulées. Pas de sensibilité à la pression du doigt sur aucun point de la prostate qui semble saine. Le palper abdominal ne me fait rien reconnaître. A l'exploration du côté gauche, le malade m'indique exactement, les points qui sont successivement douloureux pendant ses coliques néphritiques: A niveau du triangle rénal et des deux dernières côtes et le long de l'uretère.

Il y a peut-être un peu de sensibilité à la pression au-dessus du pubis, sur la vessie, mais cela est peu marqué.

Je conseille de tenir constamment vide le gros intestin au moyen de grands lavements d'eau tiède, de suspendre le cidre, d'essayer du régime lacté. Le malade me dit qu'il est décidé à revenir s'installer à Paris pour s'y faire soigner, et il rentre chez lui. Quelques jours après je suis appelé chez lui. Il est en pleine colique néphrétique. Les vomissements bilieux sont fréquents. Les nausées continues empêchent toute alimentation. Tout est rejeté par les vomissements... J'attends, me disposant à faire une injection de morphine, lorsque le malade, plus calme, me dit que son gravier doit être dans la vessie. En effet, quelques instants après, il rend en urinant un gravier irrégulier à aspérités assez aiguës, complètement enveloppé par des mucosités filantes épaisses. Le moment de calme permet de faire prendre un peu de lait et j'insiste sur la nécessité de tenir l'intestin vide par les grands lavements qui n'ont pas été donnés.

Le malade vient à Paris. Je donne le grand lavement avec la longue canule matin et soir. Je mets dans le rectum, matin et soir, une heure après que le grand lavement est rendu, un suppositoire contenant 0,07 centigrammes de jusquiame et 0,10 centigrammes d'iodoforme. Matin et soir, on fait l'enveloppement calmant dont j'ai souvent à me louer dans les excitations vésico-uréthrales et les coliques néphrétiques : 1° On onctionne toute la surface du ventre et des reins avec le liniment composé de :

Extrait de jusquiame	15 grammes.
Chloroforme	15 —
Laudanum.	6 —
Huile de camomille.	100 —

2° On enveloppe tout le ventre et les reins avec une

(1) M. le professeur Mathias Duval, dans un travail ultérieur, traitera le coté tératologique de ce fait. Ici, je ne m'occuperai que des conséquences pathologiques de cette anomalie.

serviette, pliée en plusieurs doubles, que l'on vient de tremper dans de l'eau très chaude et que l'on a tordue. Ainsi, elle est humide sans que le liquide s'en écoule. 3° Par dessus cette serviette, on enveloppe le tout avec du coton. 4° On recouvre largement le tout avec du taffetas gommé, et le tout est fixé avec le bandage de corps.

Sous l'influence de ces moyens simultanés, les douleurs de coliques néphrétiques diminuent, les envies d'uriner sont moins fréquentes et moins douloureuses. Je fais des lavages de vessie avec l'eau boriquée à 4 0/0 et à la température de 37° centigrade. Je constate que la vessie se dilate jusqu'à 350 centimètres cubes. Mais les urines contiennent toujours des mucosités filantes épaisses. Pendant les plus vives douleurs, la température ne dépasse pas le soir 37°,6. Du côté du tube digestif, il m'est impossible de faire accepter le régime lacté, à peine si les soupes à l'oignon au lait sont tolérées, trois ou quatre fois, les vomissements persistent. J'ai beaucoup de peine à faire tolérer l'eau albumineuse qui, pendant plus d'un mois, est la seule nourriture et la seule boisson possible, il en prend environ deux litres par 24 heures, et la quantité d'urine suit la quantité de liquide absorbé. Dès qu'il y a calme relatif de l'état douloureux, j'examine à nouveau, l'intestin étant maintenu vide depuis plusieurs jours par les grands lavements. Du côté droit, je ne trouve absolument rien, ni douleur au triangle rénal, ni sensibilité dans le flanc en avant; rien dans le trajet de l'uretère droit. Du côté gauche, la sensibilité au niveau du triangle rénal est constante, mais elle est surtout manifeste et même très intense lorsque l'état de coliques néphrétiques s'accentue. Le malade étant sur le dos, les jambes demi-fléchies, respirant très profondément, il m'est impossible de percevoir le rein gauche malgré tout le soin que je mets à l'explorer. Mais la pression en arrière sur les deux dernières côtes est toujours douloureuse. Le palper de l'hypogastre, surtout lorsqu'on déprime la paroi abdominale au-dessus du pubis, provoque toujours de la douleur avec irradiation, allant jusqu'à l'extrémité de la verge.

Profitant d'un moment de repos, je fais l'exploration de la vessie. Je n'y trouve rien, pas de calcul, pas de colonne, pas de dispositions anormale appréciable à la sonde ou au brise-pierre explorateur. L'exploration ne me fait pas reconnaître un point de la paroi vésical plus sensible. Je suis même frappé du peu de sensibilité, du peu de douleur relative provoquée par cette exploration.

Par le toucher rectal, je ne trouve rien d'anormal.

Sous l'action des moyens calmants et de l'eau albumineuse, il y a un mieux notable, le malade se lève, il se promène dans le jardin et on espère un mieux durable. Mais les coliques néphrétiques reparaissent avec leur intensité excessive, les vomissements sont à nouveau incoercibles, les urines qui ne contenaient plus que quelques flocons de mucosités, en contiennent à nouveau beaucoup plus. Les douleurs dans le rein gauche, et le long de l'uretère et dans le cordon gauche sont vives; les mictions sont fréquentes et douloureuses; il y a expulsion de graviers enveloppés de mucosités; les graviers ont toujours le même aspect. La quantité d'urine par 24 heures baisse jusqu'à 500 et 400 centimètres cubes, mais se relève dès que les boissons sont supportées.

Analyse faite par M. Yvon (un mois après la première). — Quantité par 24 heures, 11.500. Urine jaune rougeâtre, trouble, ne s'éclaircit pas; flocons de mucus assez abondants. Ammoniacale; mousse facilement. Alcaline; densité 1.008. Par 24 h.: 7 gr. 187 d'urée, 1 gr. 089 d'acide phosphorique, 4 gr. 140 d'albumine. Leucocytes et hématies nombreux. Cellules épithéliales de la vessie et du bassinet. Phosphates terreux et ammoniaco-magnésien.

Les hémorroïdes se gonflent; il y a perte de sang par l'anus et même par les voies urinaires. Immédiatement, nous constatons une amélioration relative notable dans l'état général, mais sans atteindre le mieux qui, pendant quelques jours, permettait au malade de se lever.

Après quatre jours, une nouvelle crise de colique néphrétique se produit, avec tout le cortège des symptômes décrits plus haut, et bientôt arrive encore une perte de sang par l'anus et la vessie qui est suivie de la même atténuation dans l'état général, mais sans durée. La langue qui était restée jusque-là humide et saine, devient sèche, noire à la base, puis rugueuse, noire et sèche partout. Le dégoût pour toute espèce de boisson est invincible, à peine un peu de vin blanc et d'eau, ou de champagne et d'eau, ou d'eau-de-vie et d'eau est accepté. La température qui était toujours resté la même 36°,5 le matin, 37°,6 au plus le soir, baisse; elle arrive à être 35°,2 le matin et n'atteint pas 36° le soir.

C'est seulement dans cette dernière période que nous voyons dans les urines un véritable liquide noir mélanique, répandant une odeur infecte de macération cadavérique.

Les mictions, de plus en plus douloureuses, sont incessantes, et cela pour quelques gouttes de liquide expulsé; la quantité d'urine, ou plutôt du liquide expulsé par l'urèthre, diminue de plus en plus par 24 heures. Car ce liquide contient du sang, des mucosités épaisses, semblables à celles observées constamment, et de ce liquide mélanique noir infecte. La face s'est amaigrie et grippée de plus en plus. Ce n'est qu'après huit jours de ces souffrances excessives que la mort a eu lieu. Pendant les derniers jours, la température tombe le matin à 34°,5 et le soir ne dépasse pas 35°,4.

Autopsie. — 24 heures après la mort. La cavité péritonéale ne présente rien d'anormal. Le rein gauche volumineux est placé tout à fait sous les côtes obliquement, de façon que son bord externe est incliné et regarde en haut et en dehors; son extrémité inférieure ne dépasse pas la dernière côte. Dans cette position, le rein gauche est absolument fixé; il est impossible de lui imprimer le plus léger déplacement. Son uretère, très volumineux, fait une saillie plus grosse que le doigt sous le péritoine; il est absolument cylindrique, sans la moindre nodosité. Les tissus périphériques au rein et à l'uretère gauche sont sains. Le bassinet de ce rein n'est pas dilaté. En le saisissant pour le détacher des tissus voisins, on reconnaît de suite qu'il contient des calculs.

Du côté droit, à la place du rein, il y a une masse globuleuse, grosse comme une orange, molle, fluctuante. Au-dessus est une seconde masse, plus petite, ovoïde, grosse comme une noix et fluctuante comme la première. Ces deux masses sont apparentes sous le péritoine qu'elles soulèvent. Du bord interne de chacune de ces masses part un cordon qui se dirige parallèlement en bas jusqu'à la vessie. Ces deux cordons soulèvent le péritoine et sont très apparents; le plus externe, venant de la masse la plus grosse, est très large, un peu aplati, avec de légères dilatations. Le cordon le plus interne, plus petit, présente deux sections étroites, réduites à l'état de cordon, et deux renflements allongés. Toutes les portions larges, c'est-à-dire tout le cordon externe

venant de la grosse masse, est fluctuant ; les portions élargies du cordon interne sont aussi fluctuantes.

Je détache ces deux masses et les deux conduits, et je remarque qu'il n'y a pas le moindre état sclérosique des tissus voisins.

La surface de la vessie est saine ; le tissu cellulo-graisseux n'y adhère pas. Sa paroi, très peu épaissie, est très souple. J'enlève tout l'appareil urinaire avec les vésicules séminales. Celles-ci sont volumineuses et fermes. Dans les tissus périphériques aux vésicules séminales et au bord postérieur de la prostate, accolés aux tissus de ces organes, sont de petits graviers ronds de couleur gris-jaune qui, certainement, se sont développés dans les tissus, ne tenant à aucun organe par un cordon ou un conduit quelconque. Ces graviers sont au nombre de cinq et disséminés ; quatre d'entre eux sont gros comme des petits pois, le cinquième est plus petit. Il est très difficile de les détacher complètement des tissus normaux qui adhèrent à leur surface.

M. Yvon les analyse : Ils sont constitués par de l'urate de chaux, des traces de carbonate de chaux et du phosphate ammoniaco-magnésien.

L'appareil urinaire est retiré complètement et débarrassé du tissu cellulo-graisseux qui, du reste, n'est pas

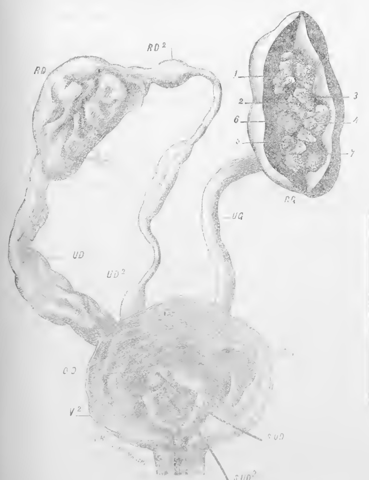


Fig. 18. — R G, rein gauche. — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, calculs — U G, uretère gauche. O G, orifices de l'uretère gauche dans la vessie. — R D, rein droit. — U D uretère droit. — O D, orifice de l'uretère droit dans la vessie. — U D² V² section inférieure du canal de Muller. — V R, veru-montanum. — S. U D, sonde dans l'uretère droit. — S. U D², sonde dans la section inférieure du canal de Muller.

adhérent. J'ouvre la vessie sur la face antérieure par l'incision médiane que je continue sur l'urèthre.

Dans la vessie, nous trouvons du liquide mélanique mélangé à de l'urine, le tout répandant une odeur infecte, absolument celle observée pendant la vie. Ce liquide contient des grumeaux noirs, s'écrasant facilement entre les doigts sans donner la sensation de calcaire. Il y avait dans la vessie trois graviers à forme irrégulière, à aspérités aiguës, semblables à ceux rendus pendant la vie.

Vessie. — La vessie très dilaté a ses parois souples, quoique un peu épaissies. Sa surface interne lisse ne présente pas la moindre colonne, ni la moindre trace d'inflammation ou d'altération de la muqueuse.

Le trigone vésical a une surface lisse, bosselée ; saillie générale sur le trigone ; elle est fluctuante. Elle est représentée ouverte (*fig.* 18). A la compression de cette poche, on voit l'extrémité renflée du cordon interne U D² se distendre, et je vois distinctement sourdre un liquide noir par les deux orifices placés sur le veru montanum (les orifices des canaux éjaculateurs).

Dans une dissection ultérieure, j'ai bien vérifié que les orifices du veru montanum étaient ceux des canaux éjaculateurs, mais je n'ai pas pu trouver la communication de ces orifices ou des canaux éjaculateurs avec cette poche anormale du trigone vésical.

Les orifices des uretères dans la vessie O D, O G, sont très apparents ; ce sont des ouvertures rondes, laissant passer facilement un stylet de trousse. Celui de gauche O G est placé un peu plus en arrière que le droit, sur la paroi vésicale, en dehors de la poche du trigone. Celui de droite O D est plus en avant et sur la paroi même de la poche du trigone ; il est soulevé en avant par elle. De suite, nous constatons que le stylet introduit dans cet orifice O D droit pénètre dans le plus externe des conduits qui est l'uretère UD droit, qui correspond à la grosse poche R D, laquelle est le rein. La compression de la poche du trigone en faisant refluer le liquide dans le second conduit droit U D², le plus interne, soulève le stylet placé dans l'uretère et nous indique ainsi que ces deux conduits sont l'un au-dessous de l'autre.

Par une incision longitudinale sur la ligne médiane,

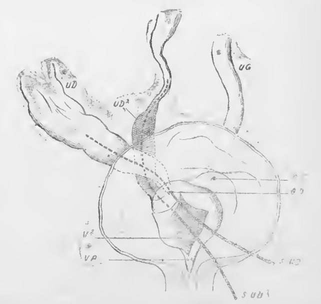


Fig. 19. — Schéma montrant le croisement de l'uretère U D par la section inférieure du canal de Muller U D² V². — Sonde S U D dans l'uretère et la sonde S. U D² dans le canal de Muller. Montre l'entrecroisement des deux conduits.

j'ouvre la poche du trigone (*fig.* 18 et 19) V². Cette poche est pleine d'un liquide noir, contenant des grains mous mélaniques, s'écrasant facilement ; pas trace de graviers ou même de cristaux.

Voici l'analyse faite par M. Yvon :

Urée, 3 gr. 37 par litre. Quelques globules rouges décolorés, très rares globules blancs Nombreuses cellules variées comme forme: les unes rondes avec un gros noyau ; les autres effilées, soit à une extrémité, soit aux deux ; d'autres affectent la forme cylindrique, sans plateau et cils vibratiles. Toutes ces cellules sont assez fortement colorées et en suspension dans un liquide rempli de granulations fines et brillantes.

En même temps se vide la section inférieure du conduit le plus interne U D^2. Un stylet introduit dans ce conduit montre que la communication entre celui-ci et la poche V^2 est très large, il n'y a pas d'orifice rétréci indiquant une séparation, une succession d'organe. En somme, la cavité de la poche du trigone V^2 n'est qu'une expansion terminale du conduit U D^2.

En mettant un stylet dans l'uretère droit U D, qui s'ouvre directement dans la vessie, on reconnaît de suite que ce stylet croise celui qui est dans le conduit U D^2 et on comprend comment ce dernier, dilaté par du liquide, a certainement comprimé le calibre de l'uretère vrai U D d'arrière en avant.

De là, l'hydronéphrose ancienne du rein droit et l'anihilation presque complète de cet organe. De là aussi la dilatation de ce rein par du liquide. En effet, au moment où la poche du trigone V^2 et l'extrémité inférieure de son uretère se sont vidées par l'incision faite, nous avons vu sortir, par l'orifice O D de l'uretère droit dans la vessie, un liquide noir semblable à celui que nous allons trouver dans la cavité formée par le large uretère U D et par la poche rénale R D. Mais continuons l'étude du conduit qui, parallèlement à l'uretère vrai, va jusqu'à l'extrémité supérieure du rein vrai. Au-dessus de la dilatation qui communique avec la cavité qui est dans la paroi inférieure de la vessie, ce conduit se rétrécit dans une longueur de plusieurs centimètres, à tel point qu'il m'est impossible de trouver dans ce cordon la moindre cavité; il y a oblitération. Au-dessus, il y a une dilatation de toute sa section moyenne (*fig.* 18), et les parois de cette dilatation souple sont tout à fait semblables à celles de la dilatation inférieure. Elle contient un liquide noir semblable à celui trouvé dans la section inférieure. Au-dessus de cette dilatation de la section moyenne, ce conduit est de nouveau réduit à l'état d'un cordon, et cela dans une longueur plus grande. Ce cordon va jusqu'à la masse R D^2 qui est au-dessus du rein droit et y attenant. Cette poche contient toujours le même liquide noir. L'analyse est faite par M. Yvon. Urée, 3 gr. ; globules rouges inégaux et décolorés. Rares globules blancs. Cellules dégénérées, isolées ou réunies en plaques. Granulations brillantes, répandues dans toute la masse.

La connexion entre cette masse R D^2 et du rein droit R D est intime; mais à la dissection, je reconnais qu'elles ne sont unies que par un tissu cellulaire dense. En tout cas, la cavité de la masse R D^2 est absolument indépendante de la grande cavité du vrai rein droit R D. — Les trois cavités de ce conduit anormal de R D^2, U D^2 ont une muqueuse qui se continue sur le plancher de la vessie et dans l'urèthre jusqu'au veru montanum; elles ont leurs surfaces internes lisses, blanches.

Uretère et rein droit. — A partir de l'orifice de cet uretère dans la vessie O D, l'uretère se dilate et, après un trajet de 1 centimètre 1/2, il offre un diamètre intérieur de 2 centimètres au moins qui se maintient jusqu'au rein, offrant çà et là des dépressions latérales peu profondes, qui répondent aux bosselures extérieures. En suivant de bas en haut la cavité de cet uretère, on arrive à la poche rénale sans trouver une démarcation bien nette entre le tissu de la paroi de ce conduit et celui de la cavité du rein. Il n'y a rien qui indique nettement là où finit l'uretère et où commence le rein. La communication de l'un à l'autre est exactement du diamètre général de l'uretère. La surface de cette grande cavité uretéro-rénale est la même partout, lisse, blanche ; tissu assez dense, sauf à la partie supérieure de la poche rénale, où il y a des rangées de points qui sont des orifices placés à la surface interne d'une couche de tissu rénal bien reconnaissable, mais n'ayant pas plus de 7 millimètres d'épaisseur. Impossible de trouver la moindre communication entre ce rein droit R D et la petite masse qui lui est accolée sur son extrémité supérieure et un peu en dedans. Le liquide trouvé dans cette grande cavité uretéro-rénale est absolument semblable, à l'œil, à celui trouvé dans les cavités du conduit anormal et à celui trouvé dans la vessie. Voici l'analyse de M. Yvon :

Urée, 5 gr. 75 par litre. Masses granuleuses sphériques ; — nombreuses granulations colorées ; — quelques cellules rondes avec des noyaux ; — très rares globules rouges décolorés ; — nombreuses masses réfringeantes.

Enfin, à la section des parois de ce grand uretère droit, on remarque que les tissus sont flasques, ne rappelant en rien l'aspect du tissu formé par des fibres musculaires lisses ayant conservé leur activité. Dans le schéma, *fig.* 19, j'ai voulu bien montrer l'entrecroisement de l'uretère droite et du conduit anormal. Les sondes S. U D et S. U D^2, indiquées par des traits pleins, en dehors des conduits, et par des points dans la cavité des conduits, montrent bien comment, d'arrière en avant, l'extrémité de l'uretère vrai U D, S. U D, a été comprimée par la poche formée par le conduit anormal U D^2, S. U D se prolongeant dans la paroi inférieure de la vessie.



Fig. 20.

Rein et uretère gauche. — Ce rein, qui était fixé derrière les côtes, ainsi que je le dis plus haut, est très développé. Il a 20 centimètres de longueur, 10 centimètres de largeur et 8 centimètres d'épaisseur. Sa surface est saine, sans adhérence au tissu voisin, sauf deux tractus fibreux isolés sur la face convexe. La coloration est normale. L'uretère part directement du hile, sans dilatation du bassinet. Quand on palpe ce rein, on sent très nettement qu'il contient des calculs ; mais, le doigt appliqué sur le hile ne sent pas plus distinctement les calculs qu'en étant sur les faces convexes ou latérales. A la vue, l'aspect général est celui d'un rein sain très volumineux. La section longitudinale sur le bord convexe montre que le tissu du rein est très dense, un peu

congestionné, et, de suite, apparaissent les calculs représentés exactement dans la position où ils étaient, *fig.* 18, RG. Les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 de cette figure n° 19, reportés sur la fig. n° 20, y indiquent chaque gravier dans sa grandeur réelle, et, dans cette figure 20, on a donné à chaque calcul la position qu'il occupait dans le rein. En les rapprochant les uns des autres, on voit que leurs surfaces lisses correspondent à leurs faces appliquées les unes contre les autres, tandis que leur surfaces rugueuses, à aspérités aiguës, comme cristallines, répondent exactement à leurs faces qui étaient en contact avec le tissu du rein. J'ai démontré, en 1869, et plusieurs fois depuis, ce même fait pour les calculs vésicaux. Dès qu'un calcul a une de ses surfaces toujours en contact avec le même point de la paroi vésicale, cette surface devient rugueuse par le dépôt de phosphates ammoniaco-magnésiens plus ou moins cristallisés. La réunion de ces sept calculs représente une masse considérable qui comprimait, de dedans en dehors, le tissu du rein. En effet, toutes ces saillies, plus ou moins arrondies et rugueuses, étaient appliquées tout contre le rein. Plusieurs étaient retenues dans une dépression du tissu de cet organe. Pour dégager les calculs 1 et 7, qui occupaient les extrémités supérieures et inférieures de la cavité rénale, il a fallu y mettre une certaine force, leur saillie étant tout à fait moulé dans le tissu du rein.

Les surfaces du rein en contact avec les calculs sont recouvertes en beaucoup d'endroits d'une véritable incrustation calcaire, analogue à celle que j'ai décrite en 1869 dans la vessie. On en détache même de véritables morceaux ayant tout à fait la forme irrégulière des graviers rendus pendant la vie et de ceux trouvés dans la vessie. Là on sent les débris d'incrustations intermédiaires; entre le calcul et le tissu du rein, il y a des flumes muqueuses assez abondantes, produit de l'inflammation de la surface du tissu. Ce sont ces graviers qui, enveloppés de ces mucosités, ont été évacués pendant la vie, en provoquant des coliques néphrétiques intenses. Enfin le tissu rénal, ainsi comprimé et irrité par les calculs et les incrustations, est manifestement le siège à sa surface interne d'une sclérose qui envahit une couche plus ou moins épaisse du parenchyme. Tous ces calculs se sont développés dans les calices, car tous étant enlevés, on trouve le bassinet très petit, à peine s'il a plus de 1 centimètre 1/2 de diamètre. Sa paroi est hypertrophiée et sa surface interne est lisse.

L'uretère gauche U G, (*fig.* 18) dont le diamètre extérieur a un peu plus de 1 centimètre 1/2, ne présente pas la moindre bosselure; ses parois sont très hypertrophiées et très denses. Sa cavité dilatée est cylindrique, régulière, sans cavité latérale. La muqueuse de cet uretère est injectée. (*A suivre*).

Médecins des chemins de fer. — M. le Dr Gallard, décédé, ne sera pas remplacé comme médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer d'Orléans. On a décidé qu'il y aurait un médecin principal pour chaque centre du réseau.

Les fleurs dans les hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris a adopté récemment le vœu suivant : « Le service des jardins de la ville entretiendra, dans les salles des hôpitaux un certain nombre de plantes et de fleurs. » On sait que cette coutume est en vigueur dans les hôpitaux de Londres.

Missions scientifiques. — M. le Dr Labonne, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'une nouvelle mission en Irlande et aux Iles Feroé, à l'effet d'étudier la botanique et la zoologie de ces îles. — M. Fouqué, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, est chargé d'une mission dans le département des Alpes-Maritimes, en vue d'y étudier l'ensemble des phénomènes se rattachant aux derniers tremblements de terre.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Asile Sainte-Anne. — **M. MAGNAN.**

Considérations générales sur la folie. — Des héréditaires ou dégénérés — Les intermittents. (*Suite*) (1).

Voici deux observations fort intéressantes aux différents points de vue que nous venons de signaler et qui permettront l'étude comparative de ces deux ordres de faits. Elles méritent en outre d'être rapprochées pour une autre raison. Ces deux malades sont la mère et la fille. La mère, atteinte de délire chronique, est malade depuis plusieurs années; son délire s'est reproduit en partie chez sa fille. Voilà un délire à deux. Les deux malades sont persécutées, mais l'une, la mère, a un délire systématisé, elle est frappée d'incurabilité; l'autre, faible d'esprit, guérira de ses idées de persécution, qui n'ont que de faibles attaches et qui se sont développées rapidement, sans incubation préalable.

Obs. IX. — *Délire chronique : hallucinations; troubles de la sensibilité générale; idées de persécution; systématisation; vocabulaire spécial.*

Mme L..., âgée de 52 ans, est entrée à l'Admission le 26 octobre 1886, le même jour que sa fille, une faible d'esprit, qui s'est faite en partie l'écho du délire de sa mère. D'après son dire, il y a trois années qu'elle est persécutée. C'est du moins à cette époque que semblent remonter les premières hallucinations qui ont servi à l'édification du délire. Notons qu'elle se sert d'un vocabulaire tout à fait spécial, qu'il n'est pas rare de rencontrer en pareil cas.

Elle raconte qu'au mois de septembre 1883, en huit jours, elle est devenue tout enflée; ses intestins tournaient; elle était obligée de tenir son ventre avec ses mains et elle éprouvait des étourdissements. Tous ces phénomènes sont survenus sous l'influence de mauvaises odeurs, d'*engains* qu'on lui a envoyés par ses portes et par ses fenêtres. Celui qui « *exerçait sur elle* » était un individu en blouse bleue, qui accompagnait un âne et qui stationnait auprès d'un puits devant ses fenêtres. C'est lui qui lançait les odeurs, sans avoir l'air de rien; il lui a lancé tant d'*engains* qu'il s'en est lui-même rendu malade. Au commencement, l'odeur n'était pas désagréable; c'était une odeur qui chauffait, qui brûlait; puis cela sentait l'eau de Javel. A la même époque, sa fille sentit aussi de mauvaises odeurs, qu'on lui envoyait par la porte de l'écurie.

Pendant ce temps, des enfants passaient dans la rue et elle leur entendait dire : « *Elle va tomber par les odeurs qu'on lui envoie.* » A ce moment, elle a entendu une dame qui passait dire à la propriétaire : « *C'est des vers.* » La propriétaire répondit : « *de terre,* » puis elle ajouta : « *J'ai une langue de bœuf.* » Cela voulait dire que tout ce qu'on lui lançait avec les odeurs devait tourner en « *vers.* » Six mois avant ces événements, elle raconte qu'elle s'est trouvée malade, comme paralysée, et qu'elle fut prise de tremblements pendant une demi-heure. Elle pensa que ces tremblements étaient dus à quelque chose que des inconnus avaient mis dans ses aliments. Depuis, en effet, elle a éprouvé une semblable indisposition; elle s'est bien doutée qu'on avait mis quelque chose dans son vin; elle s'est sentie toute froide. Depuis ses hallucinations de l'odorat, la malade a échafaudé un délire systématisé dont la base est constituée par ses hallucinations. Au moment, où elle a senti des *engains*, la malade a entendu, dit-elle, un « *résonnement* » dans son oreille, et, à partir de ce moment, son « *heure* » lui a été enlevée. Quelqu'un lui a dit : « On t'a pris ton *heure.* » Le mot « heure » ne désigne pas ici la mesure du temps; il est détourné de son sens par la malade, qui paraît désigner ainsi sa personnalité, ainsi qu'il ressort des explications suivantes : « Chaque personne a son *heure*, dit-elle. Quand on n'a pas de *résonnements* dans les oreilles, c'est que l'on a son heure; moi je n'ai plus mon heure; on me l'a prise depuis

(1) Voir *Progrès médical*, nos 51 et 52 de 1886 et n° 10 de 1887.

*

qu'on m'a lancé des engains; je sais que je ne m'appartiens plus, je n'agis plus par moi-même. Grâce à mon heure, qu'on m'a enlevée, les commerçants, par exemple, sont instruits de ce que je vais acheter. Quand j'entre dans la boutique, je m'en aperçois bien; ils ont des intelligences avec les personnes présentes quand j'arrive et ils disent, quand je fais ma commande : « *C'est bien ça.* » Ce qui prouve bien qu'ils savaient ce que j'allais acheter. »

Toutes ces influences extérieures qu'elle subit constituent ce qu'elle appelle « *un article de commerce.* » C'est un article de commerce qu'on fait agir sur elle. Cet article, c'est « *l'unification de l'heure, l'heure honorifique.* » Cela ne lui a pas été dit de vive voix; certaines personnes le lui ont seulement fait comprendre. Dans la rue de la Banque, elle a vu des gens tirer leur montre et regarder l'heure à un cadran; cela voulait dire qu'on lui avait enlevé sa « *montre.* » Le mot montre est également détourné de son sens, et, pour la malade, il possède le même sens que le mot heure. Il désigne qu'on lui a enlevé quelque chose qui était à elle, qui était sa propriété. Un peu plus tard, dans la rue de Clichy, elle a entendu des gens qui disaient : « *Ils ne sont guère généreux, ces messieurs qui lui ont enlevé sa montre.* » Quand on passe devant un bec de gaz ou devant une lumière de commerçant et qu'on la voit vaciller, c'est qu'il y a quelqu'un de malade dans la société. Enfin, il y a deux mois, sur le boulevard de l'Opéra, un jeune homme, confortablement mis, lui a dit en passant, sans en avoir l'air : « *On va te sucer le bouton.* » Cette dernière hallucination devait jouer son rôle dans l'épisode qui a déterminé l'entrée de la malade à l'Asile. Le 25 octobre dernier, elle se promenait avec sa fille, boulevard Haussmann. Celle-ci remarque qu'un sergent de ville avait eu des intelligences avec deux dames qui se trouvaient à côté d'elle et qui l'ont toisée de la tête aux pieds. La malade, à son tour, remarque que le même sergent de ville la regarde en pleine figure, en tournant un bouton de son habit; c'était un signe qui n'était pas *propret* (propre) et qui lui rappelait son hallucination du boulevard de l'Opéra. La malade raconte à sa fille la remarque qu'elle a faite au sujet du sergent de ville; toutes deux s'éloignent, mais la fille en s'éloignant secoue ostensiblement ses jupes, en signe de dédain et découvre une partie de ses jambes. L'agent de police entraîne la mère et la fille au commissariat d'où elles sont conduites au Dépôt.

Obs. X. — *Débilité mentale. Tics de la face. Rires irrésistibles. Perversions morales. Idées de persécution.*

B... (Maria), fille de la précédente, est entrée à l'Admission le 27 octobre 1886, le même jour que sa mère, avec qui elle vivait. Celle-ci, atteinte de délire chronique, a agi, par son délire, sur l'esprit faible de sa fille, mais d'une façon peu active. Si celle-ci a partagé quelques-unes des hallucinations et des idées de persécution de sa mère, elle avait, par elle-même, et depuis longtemps, créé des idées délirantes.

Elle a été arrêtée avec sa mère dans les circonstances suivantes : celle-ci en proie à son délire, s'était imaginée qu'un agent de police, en touchant un bouton de son habit, faisait, à son adresse, des allusions malpropres (hallucinations auditives antérieures. Elle communique à sa fille son impression et celle-ci, voulant exprimer son dédain, relève naïvement ses jupes, assez haut pour découvrir la cuisse. Dans son idée, elle disait : « Tiens, grand benêt, si tu me regardes, regarde mon derrière. » Elle est arrêtée et internée.

Sa physionomie manque de toute expression. Il existe une asymétrie faciale des plus prononcées. La face est animée, à certains moments, de tics dont la malade n'a aucune idée.

L'état mental est celui d'une débile bien proche de l'imbécile. Malgré son âge, B... a conservé une naïveté enfantine, qu'elle accuse elle-même : « J'ai le caractère enfantin, je n'ai pas de défense, je me laisse prendre. » Elle n'est susceptible d'aucune attention soutenue ; quand elle sort de chez elle, il lui arrive souvent d'oublier le motif pour lequel elle est sortie. Quand on lui parle, elle comprend assez difficilement ce qu'on lui demande ; elle commence à répondre correctement, puis elle perd le fil de l'idée et se répand en un discours long, confus, incompréhensible, tout plein de sous-entendus, exprimant très bien qu'elle ne sait pas au juste ce qu'elle veut dire. Mise au couvent, dans son enfance, elle a pu apprendre à lire et à écrire. Mais un peu plus tard il lui a été impossible d'apprendre un métier, malgré tous ses efforts. Elle n'a jamais pu servir que de journalière et s'est quelquefois placée comme domestique. Son incapacité absolue, mais aussi son état mental avec ses bizarreries que nous rapportons ci-après, l'ont toujours fait renvoyer. Il arrivait même souvent qu'on ne lui payait pas le service rendu, ce qui devenait le point de départ de préoccupations délirantes. Elle a toujours vécu dans la misère, en compagnie de sa mère qui, grâce à son état mental d'abord, puis à son délire, se trouvait dans l'impossibilité de trouver du travail. Toutes deux recueillaient parfois des aumônes; d'autres fois, elles les repoussaient avec fierté; le reste du temps, elles vivaient de l'argent qu'envoyait le fils B... De bonne heure se révèle un certain degré de perversion morale qui s'accentue plus tard et qui s'accompagne d'un état à peu près complet d'inconscience relative aux actes accomplis. A l'école, elle se livre à l'onanisme. Aujourd'hui, en raison de sa tendance très nette à mentir, elle ne veut pas avouer qu'elle était coutumière de l'onanisme réciproque, mais la nature de ses réponses permet de le supposer. A quinze ans, elle laisse pratiquer naïvement *par son père* des attouchements réitérés sur elle-même. « Un jour, dit-elle, je dormais, mon père est entré dans ma chambre; il a relevé mes draps, puis ma chemise, et il a mis ses mains sur mes seins, puis il m'a dit de venir coucher dix minutes avec lui. Ma mère m'avait dit de faire tout ce que mon père voudrait. Je me suis levée et je suis allée coucher avec mon père; je ne savais pas ce qu'il voulait; il m'a encore mis la main aux seins. Quand j'ai vu ça, ça m'a semblé drôle, et j'ai dit : « C'est cochon, » et je me suis sauvée. » Quelques jours après, il est revenu, il était en chemise; il m'a dit, en me montrant son derrière : « Je crois que j'ai une puce. » Je crois que c'était pour me narguer. Je suis partie, je ne l'ai jamais revu depuis. Chaque fois que je me suis présentée chez lui, il n'a pas voulu me recevoir. » A partir de dix-huit à vingt ans, elle se prostitue, d'abord naïvement, puis, après avoir vu qu'elle gagnait de l'argent de cette façon, elle se prostitue pour vivre. Mais jamais elle n'a fait le commerce de la vulgaire prostituée ; elle ne provoquait pas les hommes. Quand elle était dans le besoin, elle se laissait entraîner volontiers. Elle raconte ces faits avec une certaine ingénuité. « On me disait dans la rue que j'étais gentille ; des messieurs me parlaient et m'emmenaient avec eux et me donnaient de l'argent. J'étais portée pour les étrangers; c'était souvent avec des Anglais. Un monsieur avec qui j'ai passé toute une nuit, m'a donné 100 francs. Je me faisais toujours payer d'avance. » Il y a trois ans, elle se livre à un jeune homme qu'elle avait rencontré aux Folies-Bergères, et elle reste avec lui deux ans et demi. « Elle croyait que c'était pour la vie, il le lui avait dit. » Quand on lui parle de sa vie de prostitution d'autrefois, elle répond : « Si j'étais jeune, ça pourrait encore me tenter, si j'avais besoin d'argent. » Des phénomènes d'une autre nature se sont révélés de bonne heure. B... a des rires involontaires. Parfois sa physionomie s'anime d'un sourire pendant une conversation très sérieuse, ou bien elle part d'un fou rire. « Ça a toujours été mon défaut, dit-elle, on me l'a toujours reproché. » « Il y a des jours où je suis sans cesse obligée de me retenir, sans quoi je partirais d'un éclat de rire; dans les commencements où j'étais ici, je ne riais pas; depuis quelques jours, je me sens portée à rire. » Un jour que je l'avais fait appeler pour l'interroger, je la vois entrer en riant très fort. « En ce moment, je ris, dit-elle, mais je sens que ce n'est pas de bon cœur, je ne sais pas pourquoi. Je ris, mais je ne pense pas que je ris; je n'en sais rien, si je ris. »

De tout temps, les rires ont existé. Un jour, en Angleterre, dans une maison où elle était domestique, elle servait à table. Elle venait d'entrer avec un plat, lorsque tout à coup elle part d'un bruyant éclat de rire, au grand scandale des Anglais qu'elle servait. « J'ai tellement ri ce jour-là que je ne pouvais plus me retenir. » Et pourtant on n'avait dit aucune plaisanterie; elle ne pensait à rien de gai, elle n'avait rien entendu, ni rien vu, si ce n'est les convives qui causaient froidement entre eux. Elle ne s'est jamais expliqué cet éclat de rire. D'autres fois, le rire était motivé; elle avait le rire réflexe très prompt. Dans la rue, quand elle entendait des gens lui dire qu'elle était gentille, elle partait d'un éclat de rire bruyant nullement en rapport avec l'impression qu'elle ressentait.

PRIMES EXCEPTIONNELLES

Bibliothèque Diabolique

(*Collection Bourneville*).

LE SABBAT DES SORCIERS

Par BOURNEVILLE et TEINTURIER

1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8, de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

FRANÇOISE FONTAINE

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers.

Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de Moray. Un volume in-8° de CIV-99 pages. — Papier vélin. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés : 2 fr. 75 — Papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50. — Papier japon. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux : *Item* de la punition que méritent les magiciens ; les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos par Bourneville ; — Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 900 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 12 fr. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (no 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 16 fr. — Papier Japon, des Manufactures impériales (no 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. Pour nos abonnés, 20 fr. — *N. B.* Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux. Pour la France, le port est de 1 fr. Pour l'étranger de 2 fr. 50.

Pour nos abonnés : Les trois ouvrages de la Bibliothèque diabolique vélin : 15 fr. au lieu de 21 fr. 50 ; parchemin : 20 fr. au lieu de 28 fr. 50 ; japon : 27 fr. au lieu de 37 fr.

VIENT DE PARAITRE DANS LA MÊME COLLECTION :

LA POSSESSION DE JEANNE FERY

Sœur professe du couvent des Sœurs noires de la ville de Mons, en Hainaut, (1584) Un beau volume in-8° de 122 pages. Prix : Vélin, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parcheminé, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

SŒUR JEANNE DES ANGES

Supérieure des Ursulines à Loudun (XVIIe siècle). Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. Annotée et publiée par MM. les Drs Legué et G. de la Tourette. Préface de M. le professeur Charcot, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier velin, prix : 6 fr. Pour nos abonnés : 4 fr. — Papier parchemin 12 fr. ; pour nos abonnés : 8 fr. — Papier Japon prix 25 fr. ; pour nos abonnés : 20 fr.

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

En opposition avec ces rires, il lui arrivait souvent d'être triste; mais cette tristesse était motivée en partie par sa misère. Quelque temps avant son entrée, manquant de travail, elle devint triste, angoissée, au point que l'idée de se jeter par la fenêtre lui passa par la tête : « Mais je me suis dit que je me ferais du mal, que je me casserais peut-être la tête, et cela m'a arrêtée. » Sur un pareil état mental se sont greffées facilement des dées délirantes. Celles-ci sont de deux espèces: les unes, les plus nombreuses, sont créées de toutes pièces par la malade ; les autres sont empruntées par celle-ci à sa mère. Elle a toujours eu des idées de persécution, parfois même très actives et s'accompagnant d'hallucinations, surtout depuis quelques années. Ne pouvant trouver de l'ouvrage, pas plus que sa mère, elle suppose qu'on les empêche d'en trouver; mais tandis que sa mère pense que c'est parce qu'on lui a pris son *heure*, elle croit simplement que c'est parce que l'on connait ses relations avec un jeune homme qui l'a quittée. « Ils doivent le savoir ou le supposer. » Toujours est-il que pendant qu'elle était avec lui, il y a trois ans, on la persécutait : « On était jaloux de moi, on me faisait des misères, comme on en fait à peu près à tout le monde. La concierge disait que je faisais la vie ; elle ne le disait pas ouvertement, mais je le voyais bien à ses airs ; il fallait que je lui donne cent sous tous les mois pour qu'elle ne me fasse pas de méchancetés. Elle avait fait courir le bruit que j'étais enceinte, mais pas dans le monde; elle me lançait ça quand je passais auprès d'elle pour sortir. Elle disait : « ça y est. » Cela a toujours été ainsi ; chaque fois que je sors d'une maison, je suis assaillie par une foule de gens qui sont jaloux de moi. » Depuis ce temps, dans la rue, elle voyait les gens la regarder et dire : « Manger et faire ça. » Ces allusions blessantes, ces mauvais propos lui ont fait perdre son prestige de femme et on l'empêche ainsi de trouver de l'ouvrage.

Voilà pour le délire créé par la malade elle-même. Voici maintenant les idées communes à sa mère et à elle. Depuis longtemps, elles voient, toutes deux, dans les rues, les hommes porter ostensiblement la main à leur brayette. La mère dit souvent : « Sont-ils sales, toujours ça, encore ça. » La fille croit que c'étaient ces manœuvres qui les empêchaient de trouver de l'ouvrage.

La fille n'a jamais rien compris au thème principal du délire de sa mère; elle ne soupçonne pas que sa mère délire; elle trouve qu'elle a des idées singulières. Elle ne sait pas ce que c'est que *l'engain*, pas plus que *l'heure honorifique*, ou bien *l'article de commerce*. Mais elle a senti comme sa mère les odeurs qu'on leur lançait. Cependant, un fait à noter, c'est qu'elle ne les a senties que quand sa mère les lui a fait remarquer. Celle-ci reprend dans ce cas le rôle actif qu'elle a toujours conservé. Elle se mêle encore au délire de sa mère dans une autre circonstance ; quand celle-ci a entendu sur les boulevards un monsieur lui dire : « On va te sucer le bouton. » La mère demande à sa fille : « As-tu entendu? Il me semble qu'il m'a dit : On va te sucer ! » La fille a répondu : « Je crois bien que tu as raison. » Elle affirme avoir entendu aussi : « On va te sucer le bouton. » Elle s'est même demandée, ajoute-t-elle, si c'était adressé à sa mère ou à elle-même. Quand aux autres injures grossières entendues par la mère, une partie a été également entendue par la fille; mais il parait certain que ces injures, entendues par les deux malades : « La mère Galibi, les deux Galibis, » sont réelles et étaient prononcées par des gamins qui plaisantaient leur tenue misérable. Les antécédents héréditaires de B... sont suffisamment indiqués par ce qui précède. Le *père* s'est livré à des attouchements deshonnêtes sur sa propre fille ; ces faits indiquent sa perversité morale. Depuis vingt ans, d'ailleurs, il a abandonné sa femme et sa fille et n'a plus donné de ses nouvelles. La *mère* est atteinte de délire chronique.

Tels sont constitués les deux premiers groupes cliniques qui figurent depuis 1882 dans notre classification des maladies mentales. Un autre groupe, celui des folies intermittentes, est le dernier sur lequel nous ayons quelques mots à dire ; les autres formes mentales sont admis par la plupart des auteurs.

Les intermittents.

Les folies intermittentes comprennent différents groupes morbides déjà décrits à part, mais dont la description séparée ne se justifie pas, en raison de leurs caractères généraux communs. Falret : Folie circulaire (intermittence entre un accès de manie et un accès de mélancolie) ; — Baillarger : Folie à double forme (accès de manie, puis de mélancolie, suivis d'une intermittence). — Delaye : Folie alterne (longue intermittence entre la manie et la mélancolie).

Voici en résumé les éléments importants des folies intermittentes.

Comme étiologie, elles tiennent de l'hérédité plus que le délire chronique ; elles s'intercalent entre les deux groupes. Par suite, l'influence des causes déterminantes étant justement en raison inverse de celle des causes prédisposantes, les causes les plus légères peuvent présider à leur développement (puerpéralité, excès, fatigues, etc.). Quand le malade paraîtra faire lui-même les frais de l'accès (cause occasionnelle à peine appréciable), il faudra s'attendre aux rechutes : l'accès actuel guérira, mais il se reproduira.

La répétition des accès, *quelle que soit leur forme* (manie ou mélancolie), est le phénomène le plus important au point de vue du pronostic. Les accès de plus en plus rapprochés impliquent un pronostic de plus en plus grave. Il en est de même de la durée des accès qui s'accroît à mesure que l'intermittence diminue.

Dans l'intervalle des accès, le malade reprend possession *intégralement* de ses facultés ; mais, à la longue, par suite des progrès de l'âge et surtout par l'accumulation successive des accès, l'intelligence baisse ; dès lors, le pronostic est tout à fait grave : la démence terminale est proche. Un abaissement mental, quelque faible qu'il soit, est un phénomène grave, et l'on jugera de la portée intellectuelle, non seulement par l'examen des facultés intellectuelles, des sentiments et des penchants, mais aussi par le caractère même du délire qui perd son activité, sa coordination, sa systématisation, en raison même du degré de déchéance intellectuelle. Vers cette époque, il n'est pas rare de voir surgir plus particulièrement des idées hypochondriaques et ambitieuses avec un certain degré d'incohérence, comme chez toutes les intelligences affaiblies. L'invasion de l'accès est rapide, brusque. Sa forme est très variable. On observe les combinaisons de la manie et de la mélancolie les plus inattendues chez le même malade (double forme, forme circulaire, alterne, etc.). Enfin, très souvent, les accès homologues se ressemblent, ils affectent le même mode de début, les mêmes phénomènes symptomatiques se reproduisent dans la marche ; le mode de terminaison est le même ; et celle-ci est ordinairement brusque.

Nous ne saurions mieux comparer la folie intermittente, dans ses manifestations variées, qu'à la diathèse rhumatismale, avec ses manifestations multiples. Le rhumatisant comme l'intermittent, après une première manifestation de son état diathésique, revient à la santé et rien ne traduit au dehors la disposition maladive qui, à la suite de causes nouvelles, même très légères et parfois même sans cause appréciable, se traduit chez l'un par une arthrite et chez l'autre par un accès délirant.

Après la revue rapide que nous venons de faire de la folie héréditaire, des folies intermittentes et du délire chronique, il nous est facile maintenant de constituer, sur cette base clinique, notre classification des maladies mentales.

CLASSIFICATION DE M. MAGNAN (1882).

Etats mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie.

Paralysie générale.
Démence sénille (athérome cérébral).

Lésions cérébrales circonscrites (aphasie par ex.. .).	Ramollissement. Hémorrhagie. Tumeurs, etc., etc.

Hystérie.
Epilepsie.

Alcoolisme et intoxications.	Absinthe. Morphine et opium. Verdet. Seigle ergoté. Plomb, etc.

Crétinisme.

Folies proprement dites.— Pychoses.

Manie. . . . . Mélancolie	Eléments simples.
Délire chronique. . .	Incubation. Persécution. Ambition. Démence.
Folies intermittentes.	Simple. Circulaire. Double forme. Alterne.

Folie des dégénérés avec les syndromes épisodiques et les délires d'emblée (primaires).

Idiots, imbéciles, débiles, déséquilibrés.

Comme nous le disions au début, il s'opère en ce moment un grand mouvement dans le monde des aliénistes; on désire s'entendre et la classification que nous venons de présenter semble rallier en France beaucoup de suffrages.

D'autre part, si vous jetez un coup d'œil sur les classifications suivantes, vous serez surpris de l'évolution considérable opérée par l'un des aliénistes allemands les plus distingués, le Dr Schüle, de 1878 à 1886.

CLASSIFICATION DU Dr SCHÜLE (1878).

I. — *Etats de défectuosité congénitale et de dégénérescence.*

1° Etats de défectuosité proprement dite :
 A. Microcéphalie.
 B. Idiotisme.

2° Etats de dégénérescence terminant :
 A. La folie héréditaire : folie impulsive, folie morale.
 B. Les grandes névroses, hystérie, épilepsie, hypochondrie.
 C. Folie périodique et circulaire.

II. — *Troubles intellectuels chez l'individu à développement organo-physique complet.*

A. — *Les Psychonévroses.*

1° Psychonévroses typiques aiguës ou sub-aiguës, se développant sur une base nerveuse saine et avec troubles vaso-moteurs.

A. Formes primaires.	1° Mélancolie. 2° Manie . . .	Avec forme intermédiaire de la mélancolie agitée.
B. Formes secondaires	1° Délire systématisé du premier degré (Wahsin). 2° Démence (Blödsin).	

2° Psychonévroses chroniques se développant sur une base de dégénérescence : délire systématisé du second degré (Verrücktheit :

A, Délire des persécutions primaires.	1° Dépressif. 2° Avec idées de grandeur.
B. Délire systématique du second degré. *Sensu-stricto.* (Verrucktheit).	1° Forme psycho-convulsive. — Maladie du doute. 2° Forme psycho-cataleptique. — Délire systématisé sensoriel.

B. — *Cérébro-psychoses.*

1° Avec phénomènes d'excitation motrice ; les manies (Manien).
 A. Mania furiosa (avec la manie transitoire).
 B. Mania gravis.
 C. Delirium acutum.

2° Avec tension motrice. Etats d'atonie.
 A. Mélancolie atonique.
 B. Délire systématisé katatonique.
 C. Démence primaire : stupor aiguë et sub-aiguë.

3° Avec parésie progressive, forme typique de la démence paralytique.

C. — *Cérébropathies. — Paralysies modifiées, image clinique de la démence avec paralysie.*
 A. Méningo-encéphalite chronique et aiguë.
 B. Pachyméningite et hœmatome.
 C. Scléro-encéphalite diffuse avec ou sans symptômes d'irritation.
 D Encéphalite diffuse avec altération en foyers, points de ramollissement, apoplexie, ectasies capillaires avec foyers miliaires, scléroses multiples.
 E. Encéphalite diffuse, suite de néoplasmes.
 F. Péri-encéphalite chronique avec tabes préexistant des cordons postérieurs, paralysie tabétique.
 G. Atrophie cérébrale primaire avec tabes spinal, démence tabétique.
 H. Encéphalite syphilitique avec troubles psychiques.

En 1878, tout est confusion. M. Schüle accumule dans le groupe des dégénérescences, des états qui, par des caractères généraux fortement accusés, réclament une existence indépendante ; tels sont : l'épilepsie, l'hystérie, les folies périodiques; nous ne parlons pas de la folie hypochondriaque qui se fond dans le délire chronique et dans les délires dégénérés, comme nous l'avons déjà dit. De plus, on est surpris de trouver la maladie du doute à côté du délire systématisé, constituant une forme psycho-convulsive.

Aujourd'hui tout est changé :

CLASSIFICATION DU Dr SCHÜLE (1886).

I. — *Troubles intellectuels chez l'individu complétement développé.*

1° Troubles du cerveau sain (rüstigen). (Psychonévroses proprement dites :

A. Mélancolie. B. Manie typique.	Avec leurs états secondaires.

2° Troubles du cerveau invalide (invaliden) (cérébro-psychoses).
 A. Les manies graves (furor, mania gravis).
 B. Délire systématisé (Wahninn).
 C. Démence primaire aiguë ; stupeur hallucinatoire.
 D. Folies hystérique, épileptique et hypocondriaque, auxquelles se joignent : les folies périodiques, circulaires et alternantes ; les folies, suite d'affections physiques extra-cérébrales (folies fébrile, puerpérale), d'intoxication.

3° Les états d'épuisement pernicieux du cerveau :
 A. Epuisement aigu du cerveau avec danger immédiat. — Délire aigu.
 B. Epuisement chronique avec dégénérescence, paralysie progressive, démence paralytique type.

4° Cérébropathies psychiques : affections résultant de troubles cérébraux organiques sub-aigus ou chroniques, diffus ou en foyer ; paralysies progressives modifiées.

II. — *Troubles intellectuels à base de développement incomplet ou de dégénérescence héréditaire.*
 A. La névrose héréditaire : les folies transitoires.
 B. La folie héréditaire simple : la folie par obsession (folie du doute et du toucher), la folie de la chicane.
 C. Le délire systématique originel (originaire Verrücktheit).
 D. La folie morale (folie dégénérative héréditaire).
 E. L'idiotisme.

Le groupe des dégénérés ressemble à peu près au nôtre ; quant aux autres formes (folies hystérique, épileptique, folies périodiques) qu'il contenait auparavant, elles sont réunies à part, et il suffirait de peu de chose pour leur accorder une plus grande indépendance. En résumé, la classification actuelle de M. Schüle reproduit nos grandes lignes et les deux classifications ne présentent que de légères différences.

Si l'on compare maintenant la classification de Krafft Ebing de 1883 et celle de Schüle de 1878, on voit

quelles grandes affinités les rapprochaient, bien que celle du premier soit plus claire : Krafft Ebing comprend deux groupes de maladies mentales, suivant qu'elles atteignent le cerveau normalement développé, ou que celui-ci est frappé d'arrêt de développement. Ce dernier comprend simplement l'idiotie et le crétinisme. Le premier groupe, le plus étendu, le deuxième de Schüle, comprend (voir pour comparer, le tableau de Schüle de 1878) :

A. Les *psychonévroses*, c'est-à-dire les états simples curables (manie et mélancolie) et les états secondaires incurables (Verrücktheit secondaire).

B. Les *dégénérescences psychiques*, *a*) folie raisonnante, *b*) folie morale, *c*) Verrücktheit primitive, *d*) folies par obsession, *e*) folies névrosiques (épilepsie, hystérie, hypochondrie), *f*) folies périodiques.

C. Les *cérébropathies* : démence paralytique, syphilis cérébrale, alcoolisme chronique, démence sénile, délire aigu.

Il est permis d'espérer que dans sa prochaine édition Krafft Ebing ne voudra pas être en retard sur l'évolution essentiellement clinique du Dr Schüle.

Signalons un nouveau pas fait dans ce sens, en 1885, par le Congrès d'Anvers, dont une des commissions a proposé pour la statistique internationale la classification suivante. Nous mettons la nôtre en regard, pour qu'on puisse mieux les comparer.

Classification proposée pour la statistique internationale par la Commission nommée au Congrès d'Anvers de 1885.	*Forme correspondante de la classification de M. Magnan* (1882).
Idiotie (imbécillité, débilité mentale, crétinisme). . . . . *Démence simple* (primitive ou consécutive)	Folie des héréditaires.
Manie.	Manie.
Mélancolie	Mélancolie.
Délire (aigu ou chronique, comprenant tous les cas où prédomine un trouble primitif ou consécutif dans les idées	Délire chronique.
Folie morale, comprend en général les folies impulsives, les folies par obsession	Folie des héréditaires.
Folie circulaire	Folies intermittentes.
Aliénations mentales compliquées de :	
Paralysie	Paralysie générale.
Epilepsie	Epilepsie.
Hystérie	Hystérie.
Tumeurs et foyers cérébraux . .	Lésions circonscrites.
Aliénations mentales par intoxication (Indiquer l'agent toxique). . . .	Alcoolisme et autres intoxications.

Pour terminer, donnons quelques explications sur certains termes techniques que l'on voit employés par les Allemands dans leurs classifications, et qui n'ont pas leur équivalent en français. Ce sont les mots : *Wahsinn*, et *primäre* et *secündäre Verrücktheit*. Ces explications nous ont été fournies par le Dr Siemerling, médecin assistant de M. le Pr Westphal.

Le mot *Wahsinn* n'est plus employé que dans la langue juridique. Les expressions *primäre* et *secündäre Verrücktheit* employées par Zeller et Griesinger, remontent à une époque où l'on croyait que chaque *Verrücktheit* procédait forcément d'une mélancolie préexistante. Cette période de mélancolie était *primitive* (*primäre*), et la *Verrücktheit* était secondaire, d'où sa dénomination *secundäre Verrücktheit*. Mais comme il y avait une série de cas dans lesquels il n'existait aucun stade mélancolique, on a choisi pour eux la dénomination de *primäre Verrücktheit*. On s'est longtemps servi de ces expressions, mais elles sont tombées en désuétude, et elles ont été remplacées par la simple dénomination de *Verrücktheit* (*Paranoia*). Les symptômes qui constituent la *Verrücktheit* sont essentiellement ceux-ci : toujours il s'agit d'hallucinations et d'idées délirantes dans le sens le plus étendu de ces mots. D'après l'invasion plus ou moins rapide et la durée plus ou moins longue de la maladie, on a distingué la *Verrücktheit* en *aiguë* ou *chronique*. En résumé, la *Verrücktheit* des Allemands correspond « au délire chronique ou aux monomanies des Français. » Ces mots placés à dessein entre guillemets, nous montrent que les Allemands n'ont pas encore conçu exactement l'évolution de notre délire chronique, puisqu'ils le confondent en partie avec les monomanies que nous n'admettons plus isolées, et qui se rangent pour la plupart dans le groupe des dégénérescences mentales.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des kystes hydatiques du foie; leur traitement. Nouvelles méthodes thérapeutiques.

L'année dernière, M. le Dr Maunoury (de Chartres) publiait dans le *Progrès médical* (1) et l'*Année médicale* (2) un intéressant article sur la cholécystotomie et la cholécystectomie. Nous nous proposons aujourd'hui de continuer cette revue de l'intervention chirurgicale dans les maladies du foie en exposant aussi brièvement que possible le traitement chirurgical des kystes hydatiques qui s'y développent (3). Nous verrons que la chirurgie hépatique, pour être plus rarement pratiquée que la chirurgie des ovaires, n'en a pas moins acquis depuis quelques années une importance notable, et que les récents progrès de la chirurgie abdominale ont permis d'être aussi hardi dans les opérations portant sur l'un ou sur l'autre de ces organes. Depuis peu en effet, grâce à l'antisepsie, on a essayé d'attaquer les kystes du foie comme ceux de l'ovaire; les efforts faits dans ce but ont été couronnés par de magnifiques succès, et même le résultat a dépassé les espérances.

Historique. — Ce sont nos voisins, les Anglais et les Allemands, qui les premiers sont entrés résolument dans cette voie nouvelle, qui ont compris toute la valeur des méthodes que nous essayerons de décrire, qui ont lutté de toutes leurs forces, usé de toute leur influence pour les faire prévaloir et adopter. S'il est vrai qu'elles ont été inventées, au moins en partie, en France par Récamier et Bégin, on ne peut nier que nos rivaux les aient les premiers préconisées, vantées, mises en pratique, modifiées, perfectionnées. Pourquoi s'illusionner ? Oui, ce sont les chirurgiens étrangers, — et n'oublions pas que ce sont des hommes de grande valeur, — qui ont pris fait et cause pour les opérations actuellement en honneur, qui ont vaillamment combattu pour elles.

Avouons-le franchement, ce n'est guère qu'en 1885 qu'on s'est occupé sérieusement en France de cette question à la Société de Chirurgie ; mais constatons avec plai-

(1) *Progrès médical*, 1885, n° 14, 1re série, p. 272.
(2) *Année médicale*, 1885, p. 247.
(3) Il nous restera à parler du traitement des *Abcès du foie*.

sir qu'il n'a pas fallu longtemps aux chirurgiens français pour juger une aussi bonne et aussi rationnelle méthode de traitement, dès que leur attention a été attirée sur ces faits. La plupart des jeunes chirurgiens des hôpitaux l'ont expérimentée et les résultats obtenus à Paris ont été si satisfaisants que nous assistons à un revirement complet dans la façon de traiter les kystes hydatiques du foie. Les noms de MM. Terrier, Lucas-Championnière, Segond, Monod, etc., sont attachés à cette petite révolution chirurgicale, ainsi qu'en font foi les Bulletins de la Société de Chirurgie depuis les premiers mois de l'année 1885.

Aussitôt les observations publiées on a vu paraître un certain nombre de revues critiques sur ce nouveau mode d'intervention (1), et, récemment, un de nos collègues d'internat, M. le Dr Braine, a présenté comme thèse de doctorat (2) à la Faculté de médecine de Paris un mémoire sur ce sujet. Ce travail consciencieux résume l'état de la question à l'heure actuelle; aussi y ferons-nous, chemin faisant, les plus larges emprunts (3).

Ayant pour but principal d'indiquer sommairement aux praticiens les nouvelles conquêtes de la chirurgie moderne, et, en particulier dans le cas présent, les nouvelles données thérapeutiques introduites tout dernièrement dans le domaine de la chirurgie hépatique, nous croyons devoir laisser de côté, dans cet exposé des divers modes de traitement des hystes hydatiques du foie, toutes les anciennes méthodes qui n'ont pas ces temps-ci subi de profondes modifications.

I. *Méthodes anciennes*; *leurs modifications récentes.* — Parmi les divers modes de traitement usités autrefois, il n'y a guère que la méthode des ponctions qui, malgré un certain discrédit jeté actuellement sur elle, ait été récemment transformée d'une façon notable. Nous dirons donc quelques mots de ces tentatives, quel que soit d'ailleurs leur avenir. Mais, pour plus de clarté, nous croyons utile de rappeler rapidement les moyens chirurgicaux employés jadis, ceux que M. Poulet (4) désigne cependant sous le nom de *méthodes médicales*. Ce sont:

1° L'*acupuncture* de Trousseau, procédé rarement employé (une fois seulement, dit-on), complètement abandonné aujourd'hui, et qui consistait à enfoncer dans le kyste un certain nombre de grandes aiguilles (30 ou 40).

2° L'*électropuncture* ou *électrolyse*; utilisée assez fréquemment en Angleterre, vantée et récemment préconisée en France par M. Henrot (de Reims) (1), mais laissée de côté malgré ce plaidoyer, elle a d'ailleurs à son actif ou plutôt à son passif deux complications qui ne sont pas des quantités négligeables, à savoir les douleurs et la suppuration du kyste; nous croyons cependant qu'en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, aujourd'hui quotidiennement prises, on doit pouvoir éviter au moins le second de ces accidents. L'électropuncture a d'abord été pratiquée avec de fines aiguilles, généralement en acier doré, en communication avec les pôles d'une pile électrique; mais M. Henrot a recommandé l'usage d'une aiguille-canule (électrolyse capillaire de Henrot). Cette aiguille-canule, qui permet d'évacuer une partie du liquide de la poche (combinaison de l'électropuncture et de la ponction avec évacuation partielle) est mise en relation avec le pôle positif d'une machine de Gaiffe dont le pôle négatif est appliqué sur la cuisse. M. Henrot prétend que l'électropuncture tue les hydatides et amène la guérison définitive du kyste sans faire courir au malade les dangers d'une opération grave. Cependant les quelques succès dus à cette méthode n'ont pas entraîné la conviction des chirurgiens en Allemagne et en Danemark; même en Irlande, son pays natal, on ne s'adresse plus à elle, paraît-il.

3° *Ponction.* — On a employé encore comme moyen curatif des kystes hydatiques du foie la *ponction*. Cette dernière peut être employée seule : c'est la *ponction simple*; ou bien combinée avec l'incision et l'injection dans le kyste d'un liquide antiseptique de nature variable : c'est la *ponction avec injection et incision.*

A) *De la ponction simple.* On a pu obtenir la guérison d'un kyste, soit par une ponction simple *unique*, soit par des ponctions *simples* répétées et successives, c'est-à-dire *multiples*.

La ponction simple a été faite de différentes façons : *a*) Avec un trocart capillaire (*ponction simple capillaire*) sans adaption au trocart d'appareil aspirateur, avec évacuation partielle du contenu du kyste ou même sans évacuation; *b*) avec un trocart capillaire adapté à un appareil aspirateur quelconque (*ponction aspiratrice*); *c*) avec un gros trocart (*ponction simple ordinaire* ou *évacuatrice*).

a) *Ponction capillaire simple.* La ponction capillaire simple est la ponction qui se fait à l'aide d'un fin trocart, sans adaption à cet instrument d'un autre appareil. Par ce procédé, on n'évacue pas le contenu du kyste et, si l'on retire un peu de liquide, la quantité enlevée est absolument négligeable, à peine quelques grammes, 1 à 5 grammes par exemple. La ponction, ainsi pratiquée, comme l'acupuncture et l'électro-puncture, n'a pour but, on le comprend, que d'amener la mort des hydatides et nullement de vider le kyste. On prétend que des malades ont été guéris par une telle ponction capillaire pratiquée une seule fois. On a vu tant de choses extraordinaires! mais il en faut le plus souvent un certain nombre. Cette méthode, préconisée par des médecins anglais, Hulke et Savory, a, dans ces derniers temps, trouvé un nouveau défenseur en Italie,

(1) Voir: P. Reclus. *Traitement des hystes hydatiques du foie*; in *Gazette hebdomadaire*, 9 avril 1886. — Poulet. *Des nouvelles méthodes de traitement des kystes hydatiques*; in *Revue de chirurgie*, n° 6, 1886. — Vallas. *De l'intervention chirurgicale dans les hystes hydatiques du foie*; in *Prov. médicale*, n° 9, 1887, p. 137.

(2) Braine. *Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie*; Thèse de Paris, 1886.

(3) Les kystes hydatiques du foie sont assez fréquents à Paris; mais en province il est loin d'en être ainsi. A l'hopital de Nantes, dans l'espace de trois ans, nous n'avons ni vu ni même entendu parler d'un seul cas de ce genre. Il est vrai que nous y avons rencontré un kyste hydatique du poumon, c'est-à-dire une rareté dans l'ouest. (Voir la thèse de doctorat de notre ami M. le Dr Chachereau, Paris, 1884.) A Lyon (Vallas, *loc. cit.*), ces kystes du foie ne s'observent que très exceptionnellement.

(4) Poulet. *Loc. cit.*, p. 442.

(1) Henrot. Association française pour l'avancement des Sciences (Ve Congrès).

Borgherini (1). Cet auteur pratique la ponction capillaire simple avec évacuation partielle; il retire de 2 à 10 grammes de liquide en se servant de l'aiguille creuse de la seringue de Pravaz.

b) Ponction capillaire aspiratrice. Dans ce procédé, comme chacun le sait, on ajoute au trocart capillaire un appareil aspirateur quelconque (Potain, Dieulafoy, etc.). C'était là la méthode employée journellement, hier encore, avant l'introduction dans la pratique chirurgicale des nouveaux modes d'intervention que nous étudierons bientôt. Ce procédé, vulgarisé par M. Dieulafoy, est bien connu en ce qui concerne son manuel opératoire, ses avantages incontestables sur les autres sortes de ponction, et même ses inconvénients. Inutile donc de nous appesantir sur ce point. La ponction aspiratrice, qu'elle soit faite une ou plusieurs fois est trop simple pour être totalement abandonnée et, si la nouvelle méthode est appelée à la remplacer dans une certaine mesure, elle doit cependant rester dans la pratique, ne serait-ce que pour éclairer le diagnostic ou le confirmer.

c) Ponction évacuatrice avec un gros trocart, procédé de Boinet.— 1) *Ponction évacuatrice unique de Boinet.* Cette méthode, préconisée par Boinet, mais inventée par Jobert de Lamballe, se pratique avec le trocart à hydrocèle et on s'efforce de la faire au point où tout fait supposer que le kyste présente le plus d'adhérences à la paroi. La canule du trocart doit être laissée en place pendant plusieurs jours. Si l'orifice est jugé insuffisant, on peut l'agrandir par l'introduction de sondes de calibre supérieur. C'est là le procédé qu'employait ordinairement Boinet. — 2) *Procédé de la double ponction au trocart courbe de Boinet avec incision consécutive facultative.* Mais, dans d'autres cas, il introduisait par le premier orifice un trocart courbe et pratiquait de dedans en dehors une autre ouverture à 5 ou à 6[m] de la première. Il se formait des adhérences au niveau des deux orifices; on n'avait plus qu'à réunir plus tard les deux ouvertures par une incision au bistouri. Notons-le, on voit apparaître ici l'incision et régulièrement ce second procédé devrait rentrer dans la catégorie suivante.

Le mode d'intervention ci-dessus est peu utilisé et cela depuis longtemps; nous ne l'aurions pas décrit, mais simplement cité, si récemment quelques auteurs, partisans de la ponction, n'eussent préconisé de nouveaux procédés peu différents en somme de celui de Boinet. Nous voulons parler de ceux de MM. Simon, Verneuil, Kuster. Nous revenons plus loin sur ces modifications, mais insistons déjà sur ce fait, à savoir qu'ici Boinet avait déjà ajouté l'incision à la ponction.

B) *De la ponction avec injections antiseptiques intra-kystiques et avec incision tardive.* — Le liquide injecté après la ponction peut être une substance *antiseptique* quelconque. Ces injections antiseptiques sont aujourd'hui très en honneur et à bon droit. Leur utilité est incontestable. (Autrefois on avait proposé d'injecter après la ponction des substances variées pour détruire les hydatides. Ces injections de substances destinées à tuer les hydatides ne se pratiquent plus; elles ont été d'ailleurs si rarement employées! On a expérimenté, on le sait, la bile, la teinture d'iode, l'alcool, etc. C'est tout ce qu'il faut retenir.)

Actuellement il n'y a pas un grand nombre de façons différentes de pratiquer les ponctions quand on désire ensuite, les adhérences étant formées, inciser les parois de l'abdomen et du kyste et injecter un liquide antiseptique dans la poche kystique; mais en ce qui concerne le calibre du trocart employé, le nombre des ponctions, les détails secondaires de l'opération (façons de faire l'incision), tout cela est variable suivant les chirurgiens qui complètent la ponction par des incisions variées destinées à agrandir l'ouverture faite au kyste.

Nous signalerons seulement les procédés ci-dessous :

a) *Procédé de Simon d'Heidelberg* (1). C'est le procédé de la double ponction (avec 2 trocarts) des Allemands, incision consécutive et injections antiseptiques. En voici la description : On enfonce un trocart fin au point le plus saillant du kyste ; le liquide qui s'écoule permet de s'assurer du diagnostic ; à 3 centimètres du premier on enfonce un autre trocart de même calibre. Puis on évacue une partie du liquide du kyste, laisse les canules en place et enferme leurs extrémités avec un bouchon de cire phéniquée. Bandage autour du corps et repos au lit pendant deux à trois jours. Ce laps de temps écoulé on fait une évacuation nouvelle et ainsi de suite, jusqu'au moment où la suppuration s'établit (2). Alors on incise et sectionne les parties situées entre les deux orifices des trocarts, peau et paroi du kyste, qui doivent être adhérentes ; sinon on doit suturer le kyste à la peau. Lavages et curage antiseptiques.

Remarquons que Simon emploie un trocart assez fin, tandis que Boinet se servait d'un gros instrument. M. le professeur Verneuil, tout en revenant à l'idée du gros trocart, a modifié aussi la méthode de Boinet.

b) Procédé de M. le P[r] Verneuil (3). — 1[er] *Procédé : Ponction évacuatrice unique avec grosse sonde à demeure dans l'ouverture faite avec un gros trocart, injections antiseptiques consécutives et incision facultative.* Le trocart doit être gros et la sonde en caoutchouc rouge vient s'adapter dans l'orifice produit par la ponction. La poche est vidée et désinfectée avec des liquides antiseptiques. Une baudruche est placée à l'extrémité extérieure de la sonde (comme dans le procédé de Reybard pour la thoracentèse). Des injections doivent être faites dans le kyste assez fréquemment. On peut dilater l'orifice en employant des sondes de calibre de plus en plus considérable ; à la rigueur on peut l'agrandir par des incisions au bistouri ou au thermocautère (4). — 2[e] *Procédé* (destiné à remplacer le précédent) : *Ponction évacuatrice double avec 2 trocarts et sondes à demeure, injections antiseptiques*

(1) Borgherini. *Gazette médicale italienne,* Venise, 1882. — *Centralblatt für Chirurgie,* 1883.

(1) *Arch. de Langenbeck,* 1884. — *Berliner medicinische Wochenschrift,* 1883.

(2) On diagnostique la suppuration à l'apparition de la fièvre, à l'examen du liquide qui sort par les canules, etc.

(3) *Société de Chirurgie,* 1885.

(4) Ce qui explique pourquoi nous décrivons ce procédé à cette place.

consécutives, incision. Désormais M. Verneuil fait, comme Simon, deux ponctions, mais avec 2 gros trocarts, et dans les deux orifices place 2 sondes à demeure. Vers le 5e ou 7e jour, il sectionne le pont qui sépare les deux ouvertures. L'ouverture unique a désormais 5 ou 6 centimètres, ce qui permet le lavage facile du kyste.

c) *Procédé de Kuster* (1). C'est une modification de celui de Boinet et de Simon. Avec un trocart courbe dont la canule est percée d'un orifice au milieu de la partie convexe, ce chirurgien fait une première ponction de dehors en dedans, pénètre dans le kyste, puis en ressort à 5 centimètres du point d'entrée. La canule reste en place, un peu de liquide s'écoule, puis ses deux extrémités sont obstruées par une substance antiseptique. Du 7e au 10e jour, quand les adhérences paraissent s'être faites dans le voisinage des orifices, on remplace la canule par un fil et ce fil sert plus tard à faire une *ligature élastique* sur les parties situées entre les deux ouvertures faites par la ponction au trocart courbe.

d) *Procédé de Hirschberg* (2). Ce chirurgien, dit M. Poulet, préfère les *ponctions multiples* placées sur une même ligne ou disséminées, afin d'obtenir plus sûrement des adhérences (*Méthode des canules à demeure multiples*).

A l'exposé de ces différentes méthodes, à la lecture du *modus faciendi* des principaux chirurgiens encore partisans de ce mode d'intervention, on est frappé par ce fait : Tous commencent l'opération par la ponction, c'est-à-dire l'ouverture étroite, insuffisante du kyste, et tous reconnaissent que la plupart du temps, toujours même, on doit la compléter par une incision, — peu importe la façon dont on la fait, — c'est-à-dire recourir à l'ouverture large de la poche à vider. En passant de la ponction capillaire simple, capillaire aspiratrice à la ponction évacuatrice de Boinet (1er et 2e procédés), à la méthode de M. Verneuil (1er et 2e procédés), Simon, etc., il nous semble qu'on assiste à l'élaboration pénible et lente, mais progressive, des méthodes modernes. Récamier, plus hardi quoique vivant il y a plus de soixante ans, tourna, comme nous le verrons, la difficulté pour employer dès cette époque les ouvertures larges (relativement larges, bien entendu). En somme, dans ces méthodes dites de ponction avec incision consécutive et injections antiseptiques, il est facile de voir que la ponction tend à ne devenir rien et l'incision à devenir tout. Et pourquoi donc, puisqu'on reconnait la supériorité des larges ouvertures, ne pas vouloir les utiliser d'emblée, carrément ? Pourquoi s'attarder à des méthodes qui, si elles semblent prudentes, sont inférieures cependant à celles qu'on vante aujourd'hui ?

Appréciation de la ponction et de ses différentes variétés. — Quels sont, en effet, les résultats obtenus à l'aide des divers procédés que nous venons de passer rapidement en revue ? La ponction capillaire simple est trop souvent inefficace et ne peut réussir, même si elle est répétée plusieurs fois, que dans certains cas qu'il est difficile de préciser. Comme la ponction avec un gros trocart, elle a l'inconvénient de permettre l'entrée de l'air dans un kyste qui n'est pas largement ouvert et où des liquides stagnent, de déterminer parfois de la péritonite et de la suppuration ; elle est donc, à n'en pas douter, inférieure à la ponction aspiratrice pour les raisons ci-dessus, (pas d'évacuation ou évacuation partielle ; l'introduction de l'air dans la poche kystique est possible, etc.). Voilà qui doit la faire désormais rentrer dans le domaine de l'histoire.

La ponction capillaire aspiratrice est le procédé à préférer ; sans doute on peut y avoir recours pour assurer le diagnostic, mais on peut quelquefois compter sur elle comme opération radicale si elle est bien faite. Certains auteurs, encore peu confiants dans les méthodes nouvelles, conseillent d'avoir d'abord recours à elle quand le liquide du kyste est limpide, quitte à abandonner ce mode de traitement si le contenu du kyste se reproduit ; cette question tout récemment encore a été discutée (1).

N'oublions pas, cependant, que si la guérison absolue a été obtenue de cette façon après une ou plusieurs interventions (dans certains cas, une centaine de ponctions), cette ponction aspiratrice a occasionné des accidents.

Cette ponction, quand elle n'est pas pratiquée dans des conditions d'asepsie parfaite, n'est pas une opération si peu importante, si bénigne qu'on veut bien le croire ; la statistique, qui prouve tout, montre que la mortalité est de 15 0/0 pour cette méthode, ne l'oublions pas. Il est vrai que M. Reclus la croit erronée, cette statistique. Quels sont donc ces accidents, communs d'ailleurs à toutes les variétés de ponction ? L'urticaire est à noter seulement, mais il faut insister sur la péritonite localisée ou généralisée, sur la suppuration du kyste, sur les abcès du foie, sur la septicémie et même l'embolie pulmonaire. Ces faits sont bien connus, passons ; ce qui l'est moins, c'est la complication sur laquelle Volkmann a attiré l'attention au VIe Congrès des chirurgiens Allemands. Qu'on nous permette de résumer le fait signalé par ce chirurgien en 1877 ; (d'autres analogues, dont quelques-uns sont encore plus probants, ont été observés par Hueter, Gratia, Lihotsky, Von Puky, Verneuil). Volkmann avait traité, sans succès, par la ponction un malade atteint de kyste hydatique du foie. A l'autopsie, il trouva, en grand nombre, dans le mésentère et l'épiploon et sous le péritoine viscéral, de petits kystes hydatiques à échinocoques. Du liquide kystique avait dû lors de la ponction s'écouler dans la cavité péritonéale, et cela avait suffi pour y amener des embryons qui s'y étaient développés facilement. L'*auto-infection* serait donc bien une complication à redouter dans les ponctions ; car la généralisation des hydatides paraît être en rapport (on pourrait cependant discuter ces faits), dans les observations dont nous avons cité plus haut les auteurs, avec la pénétration d'une partie du liquide kystique dans la cavité péritonéale. Si, comme l'ont montré Finsen, Kirmisson, Korach, Dyce Duckworth (Société royale de médecine et de chirurgie, Lon-

(1) *Arch. de Langenbeck*, 1885.
(2) VIe Congrès des Naturalistes allemands, 1877.

(1) Voir discussion à la *Société médicale des Hôpitaux* de Paris : séances du 12 mars, du 12 et 27 nov. 1886, etc. — Polaillon et Le Dentu. *Soc. de Chir.*, séances du 28 avril et du 19 mai 1886.

dres, 25 janvier 1887), on ne doit pas redouter la péritonite dans les cas où le liquide clair d'un kyste tombe dans le péritoine (1), il ne faut pas oublier la possibilité de cette auto-infection. Signalons encore un autre accident : la *mort subite*. M. Walsham la rapporte à la pénétration dans une veine du contenu du kyste ; M. A. Money, à l'autopsie d'un cas de mort subite pendant la ponction, aurait trouvé une vésicule fille logée dans l'oreillette droite du cœur (2).

Voilà pour les accidents de cette ponction. A-t-elle encore un autre inconvénient ? Oui. On ne peut pas compter vraiment sur la ponction comme procédé de cure radicale. Après une ou plusieurs ponctions, le liquide ne se reproduit pas pendant un certain temps ; on croit son malade guéri. Erreur souvent ; la tumeur apparaît de nouveau, on n'a qu'à recommencer ; et cela combien de fois ? Nous le répétons, si par la ponction on peut guérir (et il faut toujours employer la ponction capillaire, quand on ne veut recourir qu'à ce mode d'intervention), ce n'est que dans certains cas. Les guérisons tiennent, on n'en peut douter, à la constitution du kyste. Ce dernier doit avoir des parois peu épaisses, un volume assez restreint, et présenter, pensons-nous, *une faible tendance à la production des vésicules secondaires exogènes ou endogènes* (3). Dans les kystes hydatiques du foie qui sont susceptibles de guérir ainsi ne doivent se rencontrer que peu ou point de ces vésicules ; s'il y en a un certain nombre, en effet, en voie de développement, la ponction ne peut les détruire toutes et celles qui ne sont pas atteintes peuvent continuer à grandir. Ceci est surtout admissible pour les vésicules endogènes ; et on sait, d'autre part, que les cas où il existe des vésicules exogènes s'observent rarement dans le foie de l'homme où elles cèdent la place à la variété endogène. Mais de là à conclure, comme l'ont fait certains auteurs, qu'il faut que le kyste soit *stérile*, qu'il soit de la *variété acéphalocyste* pour que la guérison soit possible par la ponction, il y a loin. Un kyste *fertile* peut guérir comme un kyste *stérile*. Nous croyons que même dans les cas où le kyste présente des *vésicules proligères* (c'est-à-dire des têtes d'échinocoques) en quantité très grande, la ponction peut amener en une ou plusieurs fois une guérison absolue. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que les *acéphalocystes* sont rares dans le foie, qu'ils se rencontrent bien plus souvent dans le cerveau.

La méthode de la ponction évacuatrice avec un gros trocart de Boinet (1er procédé) est jugée. Les procédés de Boinet (2e procédé), Simon, Kuster, Verneuil, etc., sont préférables évidemment, mais entraîne presque toutes les conséquences des ponctions ; l'incision tardive faite assez large, si elle permet de vider tant bien que mal le kyste, a en outre l'inconvénient de faire durer l'intervention un temps très long. Nous montrerons bientôt qu'il vaut mieux pratiquer *de suite* une incision suffisante, sans avoir recours à la production d'adhérences par les ponctions. M. B.

(1) Certains médecins admettaient autrefois la nocivité du liquide hydatique ; aujourd'hui encore, malgré les expériences des auteurs que nous venons de citer et celles plus anciennes de Dufffin et Murchison, d'aucuns croient ce liquide capable de provoquer, parfois au moins, une péritonite, s'il renferme les leucomaïnes que MM. Mourson et Schlagdenhauffen ont découvert dans le contenu de certains de ces kystes.

(2) *Sem. méd.*, n° 5, 1887.

(3) Voir pour la signification exacte de ces mots : R. Blanchard, *Traité de Zoologie médicale*, p. 431, Paris, 1886.

Association française pour l'avancement des sciences. — Conférence de M. Chauveau.

L'*Association française pour l'avancement des sciences* continue cette année à faire une large part aux questions médicales dans ses conférences de la Sorbonne. La foule qui se presse chaque samedi dans le grand amphithéâtre, pour écouter et applaudir quelques-uns de nos maîtres, témoigne de l'intérêt que présentent ces causeries et de l'utilité qu'on leur reconnaît.

Samedi dernier, c'était à M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, et professeur au Muséum d'histoire naturelle, que l'Association avait donné la parole pour décrire le *mécanisme du cœur*. Il n'est pas un de nos lecteurs qui ne connaisse les importants travaux de l'éminent physiologiste ; mais il avait été donné jusqu'ici à peu de Parisiens de pouvoir apprécier l'élégance oratoire du professeur. C'est que, si connu qu'il soit à Paris, M. Chauveau n'en est pas moins un nouveau venu dans l'enseignement parisien ; avant de succéder à Bouley, il dirigeait l'Ecole vétérinaire et il enseignait la médecine expérimentale à la Faculté de Lyon. La conférence qu'il a faite samedi à la Sorbonne marquait donc son début comme professeur à Paris. Disons-le immédiatement, M. Chauveau a retrouvé auprès de notre public tout le succès que méritent sa grande autorité scientifique, ses remarquables découvertes et sa brillante élocution : c'est, en effet, un maître de la parole autant qu'un savant de premier ordre que Paris vient de ravir à Lyon.

M. Chauveau a tout d'abord rappelé à ses auditeurs la description anatomique du cœur ; puis il a commencé l'histoire du fonctionnement de l'organe. C'est à la méthode graphique que le physiologiste doit une grande partie de ses découvertes ; c'est à elle aussi que le conférencier a demandé ses principales démonstrations. Grâce à un dispositif ingénieux, cette méthode graphique lui a, du reste, permis de projeter sous les yeux de son auditoire les battements du cœur et les mouvements du pouls. M. Chauveau a particulièrement insisté sur le jeu des valvules cardiaques, de ces soupapes dont il a si minutieusement étudié le mécanisme : la pompe foulante constituée par les ventricules devenait ensuite d'une explication facile à comprendre. Là n'était pas cependant la partie nouvelle de la conférence ; le cœur n'agit pas seulement comme pompe foulante pour chasser le sang dans les troncs artériels ; il agit aussi comme pompe aspirante pour appeler le liquide sanguin dans ses cavités. Cette fonction aspiratrice du cœur a reçu une démonstration très nette : les auditeurs de samedi ne peuvent conserver de doute ni sur sa réalité ni sur son importance.

Dans une courte conférence d'une heure un quart, il était évidemment impossible de décrire entièrement le mécanisme du cœur. Aussi M. Chauveau a-t-il dû, à son grand regret, passer sous silence quelques-unes des parties les plus intéressantes de cette description, l'examen de l'influence nerveuse, par exemple ; mais l'accueil qu'il a reçu samedi l'engagera sans doute à compléter bientôt sa brillante démonstration.

Conseil de l'instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session extraordinaire pour le lundi 21 mars 1887. La durée de cette session sera de trois jours.

Ecole d'Anthropologie : Ouverture du cours d'Embryologie de M. le Pr Mathias Duval.

Le lundi 7 mars, à cinq heures du soir, M. le Pr Mathias Duval a recommencé la série des leçons que depuis plusieurs années déjà il fait avec un succès toujours croissant à l'Ecole d'Anthropologie sur l'Embryologie des Vertébrés.

Cette année, il traitera des *Monstres doubles* et *de la segmentation vertébrale* ; avant d'exposer la théorie de la segmentation vertébrale, autrement dit des colonies animales chez les Vertébrés, il croit bon de faire en détail l'étude de la formation des monstres doubles, qui représentent un accident survenant pendant la période embryonnaire qu'il a décrite dans son dernier cours (été 1886). Aujourd'hui en effet on sait — les faits sont là pour le prouver et l'époque des hypothèses est passée — que les monstruosités doubles remontent à la fécondation, et qu'elles résultent d'une hyperfécondation. C'est au moment de la formation de la ligne primitive qu'on peut s'apercevoir de l'existence de ces monstres ; on voit apparaître deux lignes primitives. Si au contraire l'embryon est simple à ce moment-là, il restera toujours simple. A propos de ce fait capital, M. Duval fait remarquer que la Tératologie est une science non seulement très intéressante, mais qui parfois vient éclairer des faits embryologiques encore mal connus en grossissant pour ainsi dire un état embryonnaire difficile à débrouiller. Il termine sa leçon d'ouverture en faisant l'historique de la tératologie en général et y reconnaît quatre périodes : 1° Les monstres sont considérés comme le résultat d'une intervention de la Divinité ; — 2° ils sont le résultat d'un accouplement d'animaux d'espèces différentes (homme et animaux), (bestialité); — 3° ils résultent d'une influence nerveuse ; l'imagination maternelle est frappée par un spectacle extraordinaire (imagination); — 4° Période scientifique.

On sait avec quel talent professe M. Duval, combien il est applaudi à la Faculté de médecine ; à l'École d'Anthropologie, son auditoire lui est peut-être encore plus sympathique, quoiqu'il le fasse moins voir. Il est formé, on le sait, d'hommes amis de la science pure et des élèves les plus directs et les plus dévoués de ce maître éminent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 février 1887. — Présidence de M. Gosselin.

M. le secrétaire perpétuel ayant présenté, dans la précédente séance, un ouvrage de MM. Charcot et P. Richer, intitulé *les Démoniaques dans l'art*, M. Charcot indique le but et le caractère de cet ouvrage. « Nous avons eu l'idée, « M. Richer et moi, de rechercher parmi les œuvres d'art « les plus diverses : ivoires, émaux, tapisseries, gravures, « tableaux, etc., celles qui ont spécialement trait aux re- « présentations de démoniaques convulsionnaires. Notre « but a été d'étudier ces œuvres au point de vue de la vé- « rité scientifique et nous avons pu reconnaître que plu- « sieurs grands maîtres, entre autres André del Sarte, le « Dominicain, et Rubens, avaient peint leurs démoniaques « d'après une observation fidèle et rigoureuse de la nature; « nous retrouvons, en effet, dans leurs figures les traits « précis d'un état pathologique aujourd'hui bien connu. Le « présent livre donne les conclusions de nos recherches, « en même temps que la reproduction des pièces les plus « parlantes de notre collection... »

M. Em. Bourquelot étudie les caractères de l'affaiblissement éprouvé par *la diastase sous l'action de la chaleur.* La diastase, ainsi affaiblie, a perdu le pouvoir de pousser la dégradation de l'amidon jusqu'à sa dernière limite. D'autre part, cette même diastase affaiblie accomplit les premières phases de la réaction aussi rapidement que la diastase naturelle. Ce n'est donc pas la quantité du ferment qui est diminuée, mais c'est la qualité qui est modifiée, à moins qu'il y ait dans la diastase naturelle deux ou plusieurs ferments solubles mélangés et que l'élévation de température les détruise successivement.

M. Aimé Girard continue ses recherches sur *les Nématodes de la betterave.* Ses expériences établissent que sans recourir au procédé des plantes pièges, nos cultivateurs de betteraves peuvent efficacement lutter contre l'invasion des nématodes en surveillant attentivement leurs champs et en traitant à mort, par le sulfure de carbone, les taches nématodées aussitôt qu'ils en auront constaté la production.

M. A. Béchamp demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui en juillet 1886, au sujet de la cause *des altérations subies par le sang au contact de l'air, de l'oxygène et de l'acide carbonique.* La cause de la destruction des globules n'est pas l'oxygène, puisque c'est dans l'acide carbonique que le phénomène s'accomplit le mieux. Les transformations qui s'opèrent dans le sang ne peuvent se produire, soit en présence de l'oxygène, soit en présence de l'acide carbonique, que grâce à l'activité et à l'influence des microzymas de ce sang.

MM. Hayem et Barrier répondent à la note en réclamation de priorité envoyée par M. Laborde, au sujet *des transfusions de sang faites dans la tête d'animaux décapités.* Les auteurs ne trouvent rien, dans les publications de M. Laborde qui soit de nature à justifier les réclamations de ce physiologiste.

M. Johannès Chatin étudie *l'anatomie de la Bilharzia ou Douve hématobie :* cet animal, qui habite les vaisseaux sanguins de son hôte, est couvert de nombreux aiguillons, auxquels on doit sans doute attribuer une part dans les lésions que détermine sa présence dans les capillaires.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 mars 1887. — Présidence de M. Dastre.

M. Laborde, rappelant ses précédentes communications sur la *narcéine*, dit que les controverses qui se sont élevées au sujet de ce produit tenaient surtout à ce qu'il était livré aux expérimentateurs à l'état tout à fait impur. Pour combler ce *desideratum*, M. Duquesnel est arrivé à extraire un corps qui, s'il n'est pas la narcéine chimiquement pure, se rapproche de très près de la pureté chimique absolue; en tous cas il ne contient ni morphine ni codéine. Il renferme plutôt des traces de *laudanine.* C'est avec ce produit que l'auteur a expérimenté et les résultats qu'il a obtenus méritent d'être consignés. Cette narcéine produit chez les animaux un sommeil calme et l'estomac la tolère parfaitement. A la dose de 0,02 centigrammes en pilule, elle fait disparaître l'insomnie. A la dose de 1/2 centigramme chez les enfants, elle supprime les quintes de coqueluche. On aura soin dans ces cas de l'administrer sous forme fractionnée, dans un sirop, par exemple, dont chaque cuillerée à café contiendra 1/4 de centigramme de l'acaloïde.

M. Brown-Séquard n'a pas encore eu à sa disposition le corps isolé par M. Duquesnel. La narcéine qu'il a employée est fort impure : aussi a-t il pu la donner à la dose énorme de 0,50 centig. à 1 gramme. Il en a obtenu d'excellents résultats comme sédatif des douleurs, et comme desséchant dans les bronchites chroniques.

M. Dumontpallier a eu l'occasion, en 1869, d'employer la narcéine à la suite des communications de Cl. Bernard sur cette substance. Il en donna une première dose qui triompha immédiatement d'une insomnie rebelle, mais le pouvoir du médicament ne se retrouva plus le lendemain. M. Laborde a-t-il observé la continuité d'action; faut-il pour l'obtenir augmenter progressivement les doses ?

M. Laborde répond qu'avec la substance qui lui a été fournie par M. Duquesnel la continuité d'action sans augmentation de la dose a été manifeste.

EN VENTE

Aux Bureaux du *Progrès médical*

LEÇONS

SUR LES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Professées à la Salpêtrière

Par J.-M. CHARCOT

ET RECUEILLIES PAR

MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette.

Tome III, 2e fascicule.

Un vol. in-8 de 380 p. avec 64 fig. dans le texte. — Prix : 9 fr.; pour nos abonnés, prix, 6 fr. — Ce fascicule *complète* le TOME TROISIÈME.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Plusieurs de nos abonnés nous réclament les tables des matières des deux volumes parus en 1886. — La table du premier semestre a paru dans* **le numéro 35 de 1886,** *et la table du deuxième semestre dans* **le numéro 5 de 1887.** — *Nous prévenons nos abonnés que, conformément à nos avis précédents, les quittances de réabonnement sont mises en recouvrement.*

BRODIE (B). **Leçons sur les affections nerveuses locales**, traduites de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre. — Volume in-8 de 62 pages. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . . . 1 fr.

BROCA (A). **Du lavage de l'estomac et de l'alimentation artificielle dans quelques affections chroniques de l'estomac.** Brochure in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

DUMÉNIL et PETER. — **Commotion de la moelle épinière. Etude clinique et critique.** Brochure in-8° de 106 pages, avec une planche hors texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . 1 fr. 40

FÉRÉ (Ch.). **Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.** Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr 25. — Pour nos abonnés . . . . 1 f.

FÉRÉ (Ch.). **Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

RAISON (A.-G.). — **Des traitements des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle.** Vol. in-8 de 42 pages. Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés. . 1 fr. 70.




PASTILLES GÉRAUDEL
(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)
Agissant par Inhalation et par Absorption
Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.
Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.
Les Pastilles Géraudel ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.
Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.
Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.
Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.
Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.
En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.
PASTILLES GÉRAUDEL MARQUE DÉPOSÉE
Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.
Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.
L'ÉTUI : 1f50 DANS TOUTES PHARMACIES
Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur
A. GÉRAUDEL
Pharmacien à Ste-Ménehould (Marne)
(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

M. Déjerine dit qu'on s'occupe beaucoup actuellement des polynévrites, et, à ce propos, il a été amené à examiner les nerfs d'un tabétique, sur lequel il a récemment attiré l'attention de la Société, à propos des lésions qu'il avait notées du noyau d'origine du nerf de la 6e paire. Des examens minutieux et mulipliés lui ont démontré qu'il existait du côté des *nerfs cutanés*, des lésions anciennes et de date récente : ces dernières étaient constituées par une névrite parenchymateuse intense. Les mêmes lésions se retrouvaient au même degré d'intensité dans les *nerfs intra-musculaires*. L'altération était moins accentuée dans les gros troncs nerveux des membres inférieurs; on la retrouvait toujours, mais de plus en plus atténuée, dans les racines antérieures et postérieures de la moelle. Or, ce malade qui, deux ans avant sa mort, présentait de l'incoordination ataxique, avait été frappé, durant les trois derniers mois de sa vie, d'une impotence fonctionnelle absolue des membres inférieurs en rapport manifeste avec la polynévrite d'origine récente constatée à l'autopsie. L'examen de la moelle montra qu'il existait une altération strictement limitée aux cordons postérieurs, sans aucune participation des cordons latéraux et des cornes antérieures. Evidemment, la cause de cette polynévrite reste obscure; mais rappelant que les lésions similaires se remarquent au cours des intoxications par le plomb, le mercure, l'alcool et l'oxyde de carbone, l'auteur se demande si, dans la circonstance, on ne pourrait pas incriminer la morphine dont l'intoxication a bien des traces communes avec l'empoisonnement par l'alcool. Depuis longtemps ce tabétique abusait des injections sous-cutanées de morphine ; il absorbait journellement de cette façon plus de 0,15 centigr. de l'alcaloïde.

M A. Bloch revenant sur une précédente communication dit avoir toujours observé contrairement à l'opinion de M. Charpentier une relation directe entre la fréquence des excitations et la durée de la sensation usuelle. Il signale la contradiction qui paraît exister entre les deux dernières communications de cet auteur qu'il prie de vouloir bien fournir des explications complémentaires.

Elections. — M. Nocard est élu membre titulaire de la Société. Gilles de Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 *mars* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Charpentier lit un rapport sur un travail de M. Queirel (de Montpellier) relatif au *choléra chez les femmes grosses*. Dans les cas où il y a eu interruption de la grossesse, la mortalité a été de 66 %; dans les cas où la grossesse a continué son cours, la mortalité a été de 50 0/0. Quel est le facteur de l'avortement ? D'après les uns, il convient d'invoquer les crampes utérines ; d'après les autres, il faut admettre soit l'hyperthermie, soit une influence microbienne.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. Pécholier (de Montpellier) concernant *la fièvre typhoïde jugulée par la quinine et les bains tièdes*. Le traitement, préconisé par M. Pécholier, est composé de quinine et de digitale et s'adresse en même temps aux bains tièdes. La quinine est prescrite tous les jours à la dose de 1 gr. à 1 gr. 20; la digitale en poudre est administrée pendant le premier septénaire à la dose de 0 gr. 20 par jour; les bains, à la température de 33°, durant 15 à 20 minutes, sont répétés trois fois par jour. Grâce à cette médication, M. Pécholier n'a pas eu un seul insuccès sur 65 cas qu'il a traités durant quatre ans. Onze fois, il aurait jugulé la maladie en diminuant sa durée, qu'il ramenait au 13e ou au 14e jour. Cette manière de procéder exige que tout individu atteint de la fièvre typhoïde soit, dès le premier jour de son affection, traité suivant la méthode de M. Pécholier; mais, comme le diagnostic définitif de la fièvre typhoïde ne peut être fait le plus souvent avant l'apparition des taches rosées, c'est-à-dire le 6e ou le 7e jour, il en résulte qu'on se trouve exposé à traiter des fièvres éphémères et synoques pour des fièvres typhoïdes. M. Dujardin-Beaumetz, en présence des résultats de M. Pécholier, se demande si sa méthode serait aussi efficace contre des épidémies graves de fièvre typhoïde. On sait, en effet, combien les statistiques sont changeantes, malgré l'uniformité d'un traitement avec les épidémies. A la vérité, les médicaments sont impuissants à obtenir la jugulation de la maladie. Aussi, devons-nous espérer qu'un jour viendra où le microbe de la fièvre typhoïde, mieux connu, pourra être ensemencé et cultivé. Ce jour-là nous aurons un virus atténué, permettant de réaliser toutes les espérances qui sont fondées sur les procédés de M. Pasteur.

M. Doyen (de Reims) fait une communication *sur les microbes du pus et les septicémies*. Le pus des abcès chauds contient l'un des quatre microbes pyogènes de Rosenbach ; la pénétration de ces microbes dans l'économie devance toujours la manifestation des phénomènes locaux et généraux. Les microbes pyogènes ont des rapports étroits avec la septicémie, puisqu'on les rencontre dans toutes les septicémies : les streptococci et les staphylococci de Rosenbach siègent alors dans les viscères, la bile, l'urine. Cette influence microbienne se signale d'abord par de la congestion viscérale, les microbes sont isolés dans les vaisseaux ou dans les globules blancs, et ensuite par une friabilité des parenchymes, une altération cellulaire, et des abcès métastatiques. Le foie et le rein éliminent les microbes qui pénètrent dans l'économie.

M. Lagneau fait une communication sur *le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles*. Le surmenage cérébral exerçant une influence funeste sur le développement du corps, M. Lagneau demande la révision des programmes d'études trop surchargés et un meilleur mode de répartition du temps dans les écoles. Pendant une période de onze années, de 1873 à 1883, la proportion des jeunes gens admis, pour 1,000 conscrits, est de 417 pour le service actif, 62 pour le service auxiliaire ; 520 sont dispensés, exemptés ou journés ; si on établit la même statistique pour les bacheliers soumis au recrutement, on constate que, sur 1,000, 194 seulement sont déclarés propres au service actif, 45 au service auxiliaire ; 760 sont exemptés ou ajournés. En Allemagne on a noté de même que la proportion des exemptions pour les volontaires s'élève à 20 %, tandis qu'elle ne dépasse pas 45 à 50 % pour les autres jeunes gens de l'armée.

M. Dujardin-Beaumetz trouve le moment opportun pour appeler l'attention de l'Académie sur le surmenage des jeunes filles dans les écoles primaires. Les élèves des cours élémentaire, moyen, supérieur, ont de 32 à 37 heures de travail par semaine, réparties en cinq jours. Ces heures sont entièrement consacrées aux cours. Les devoirs doivent être faits en dehors, ce qui suppose au moins deux à trois heures de plus par jour. En outre, les jeunes filles ne sont pas libres le jeudi, puisqu'elles ont encore à suivre des cours de couture, de coupe, de cuisine, etc... Le dimanche n'est pas non plus un jour de repos, puisque le Conseil municipal vient de créer des matinées-théâtres pour les élèves des écoles primaires. Aussi, l'état de santé de toutes ces jeunes filles est déplorable. Bien plus, au 1er janvier 1887, 12,741 jeunes filles, dont 4.174 pour Paris, réclamaient le brevet d institutrice. Or, Paris ne dispose que de cent places pour cette année.

Que deviendront les 4,074 autres jeunes filles non casées ? Il est temps d'aviser en montrant à toutes ces jeunes filles que la voie dans laquelle elles s'engagent est funeste et dangereuse, car elle aboutit, pour le plus grand nombre, à la maladie et à la misère.

M. Javal estime qu'il y aurait lieu de ne pas toujours scinder cette question du surmenage intellectuel dans les écoles. En conséquence, il demande que cette grosse question soit mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

L'Académie décide que la question du surmenage intellectuel sera mise prochainement à l'ordre du jour et qu'une commission sera chargée d'élaborer une série de propositions pouvant servir de base à la discussion. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 *novembre* 1886.— PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

5. Dégénérescence kystique des deux reins. — Utérus cloisonné dans toute sa hauteur ; par LEJARS, aide-d'anatomie à la Faculté.

M... (Caroline), 47 ans, couturière, entre, le 11 octobre 1886, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, n° 27 (service de M. le Dr Blachez). — (Nous devons la première partie de cette observation à notre collègue et ami Baudouin.)

C'est une femme amaigrie, pâle et cachectique Elle a perdu sa mère et une sœur de la poitrine ; elle-même aurait eu une fluxion de poitrine il y a quelques années, mais elle ne tousse plus depuis. L'établissement de la menstruation a été chez elle extrêmement pénible; les douleurs, aux époques, étaient si intenses, qu'elle se roulait par terre. Elle a été mariée neuf mois seulement; pas d'enfant ni de fausse couche. Depuis son mariage, ses règles sont devenues régulières et faciles. Elle fait remonter à quinze ans le début de son mal. C'étaient alors des douleurs sourdes dans les deux reins, surtout accusées dans le décubitus dorsal ; de temps en temps survient une crise; les souffrances siégeaient alors surtout dans l'hypochondre droit, en irradiant dans le bas-ventre et dans les cuisses; en même temps, les urines devenaient rares ou même se supprimaient pendant dix-huit heures de suite. Il y a deux mois, pour la première fois, miction sanglante et chargée de caillots. La malade continue pourtant à travailler. Il y a six semaines, elle est enfin forcée de s'aliter. A son entrée à l'hôpital, la douleur occupe la région lombaire, le flanc et la fosse iliaque droites; elle est continue, mais devient plus aiguë par moments et irradie alors dans le bas-ventre. Les urines sont en petite quantité, mais elles restent claires et sans dépôt : pas de sang, pas d'albumine ni de sucre. — Diarrhée : une selle sanglante, à plusieurs reprises du pus dans les garde-robes. — Fièvre à oscillations étendues, frissons tous les jours. — Muguet.

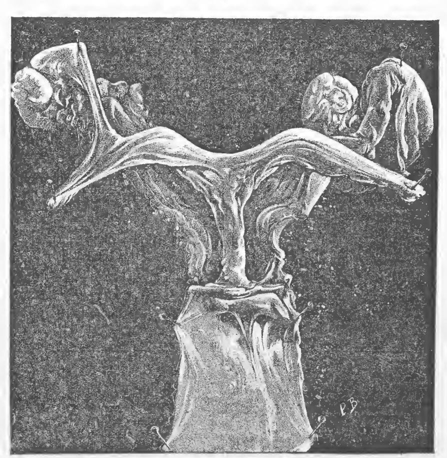


Fig. 21. — Utérus cloisonné dans toute sa hauteur.

Le 25 octobre, on fait passer la malade dans le service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. le Dr P. Segond. On constate dans le flanc droit une tumeur volumineuse, occupant la région du rein, vaguement délimitée, mais nettement fluctuante entre l'une des mains placée sur la paroi abdominale, et l'autre sur la région lombaire. En arrière, la tumeur fait à peine relief, mais la peau est un peu rouge et œdématiée.

Le 26 octobre, M. Segond pratique une incision verticale de 10 centimètres de long, au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire droite : une fois la paroi incisée, couche par couche, on tombe profondément sur une masse grisâtre, arrondie et tendue. On y plonge le bistouri, il sort un flot de pus. Lavage du foyer avec la solution boriquée. Au fond, le chirurgien sent une seconde poche tendue, qui saille, surtout lorsqu'on refoule le flanc à sa partie antérieure : il la déchire avec le doigt et il sort encore du pus. — Nouveau lavage : deux longs drains plongent jusqu'au fond de la cavité. — Pansement. — Le soir, la malade paraît un peu soulagée. Température, 38° 2.

27 *octobre*. Pansement, lavage par les drains. La malade urine très peu. — La langue est sèche. — Etat de dépression progressive.

29 *octobre*. Rien à noter localement : le liquide qui s'écoule par la plaie n'a pas les caractères de l'urine. — L'état général s'aggrave de plus en plus ; la connaissance est conservée en partie. Température, 38° 4. Aphonie. Mort dans le coma à dix heures du matin.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, le flanc droit apparaît comblé en partie par une masse volumineuse qui a refoulé en dedans le côlon ascendant. On décolle le péritoine, et l'on arrive sur un énorme rein entièrement kystique ; derrière lui, en le soulevant, on trouve un foyer d'abcès qui baigne sa face postérieure et où plongent les deux drains; l'un d'eux pénètre même, à travers un large orifice, dans l'épaisseur du rein. Le rein gauche est, lui aussi,

en pleine dégénérescence kystique. *Rein droit.* — Il pèse 575 gr.; il a 22 cent. de longueur, 14 cent. de largeur et 7 cent. d'épaisseur. Toute sa surface est occupée par une série continue de bosselures kystiques, de volume fort inégal, qui lui donnent une apparence de grappe; leur teinte varie du rouge foncé au jaune clair, leur paroi est membraneuse et très mince. Entre elles et à leur base règnent des travées grisâtres de tissu sclérosé. A peine çà et là, entre les kystes, émergent en quelques points d'étroits mamelons de parenchyme rénal.

Sur une section longitudinale, il s'écoule environ 300 gr. de liquide purulent et séreux. La surface de coupe présente un assemblage de larges alvéoles, à parois minces et rougeâtres; la plupart paraissent indépendantes; au fond des cavités ouvertes, on voit bomber çà et là la paroi correspondante des kystes superficiels. Les calices, le bassinet et l'uretère ont leur calibre normal.

Rein gauche. — Poids: 545 gr. Dimensions: longueur, 21 cent.; largeur, 8 cent.; épaisseur, 7 cent. Il présente plus nettement encore l'aspect d'une grappe de kystes conglomérés, de même aspect et de même teinte que ceux du côté opposé. Le liquide des kystes est fortement albumineux, il contient, avec un nombre plus ou moins grand de globules rouges, des cristaux et quelques larges cellules aplaties et granuleuses. L'examen histologique des portions restantes du parenchyme sera fait ultérieurement. Les uretères ont leur perméabilité normale sur toute leur longueur; la vessie est petite ; pas de lésions.

Les organes génitaux internes présentent une anomalie fort intéressante : Les ovaires, les trompes et les ligaments ronds ont leur disposition normale, il existe seulement au pavillon de la trompe gauche un kyste suppuré gros comme une châtaigne, et enveloppé d'adhérences péritonéales. L'utérus, vu par sa face externe, est biscornu ou plutôt bilobé jusqu'à moitié de la hauteur de son diamètre vertical. Le col affaissé est ridé, et percé de deux orifices circulaires, séparés par une cloison qui se continue par une petite bride angulaire et courte sur la paroi postérieure du vagin. Un stylet introduit dans l'un des orifices cervicaux parcourt sur toute sa longueur la demi-cavité utérine correspondante, mais sans pouvoir passer en aucun point de l'une à l'autre. Une fenêtre est pratiquée à droite et à gauche sur la face antérieure de l'utérus, et l'on constate nettement qu'il existe une cloison complète, antéro-postérieure et verticale. De chaque côté, on trouve : en bas, la cavité médiane cervicale tapissée par un arbre de vie; en haut, la cavité du corps qui se prolonge en dehors dans chacune des cornes jusqu'à l'orifice tubaire. Le vagin est unique et normal. Le reste des organes ne présente rien d'intéressant à noter, sauf l'hypertrophie très marquée du ventricule gauche.

M. Bailly est nommé *membre correspondant.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. le Secrétaire général lit une observation accompagnée de quelques réflexions et envoyée par M. Thomas (de Tours). Elle est intitulée: *Kyste sanguin uniloculaire du cou, ablation incomplète par suite d'adhérences à la veine jugulaire interne; récidive et apparition d'un nouveau kyste, celui-là multiloculaire.*

M. Lannelongue fait remarquer qu'on a observé d'autres fois des kystes séreux congénitaux du cou communiquant avec le système vasculaire.

M. Kirmisson dépose sur le bureau une observation de *taille hypogastrique* envoyée par M. Jobard (de Vassy). (Renvoi à une commission).

M. Richelot, à propos du procès-verbal, soumet à la Société le résultat des *hystérectomies vaginales* qu'il a pratiquées. Il a fait 15 fois cette opération, 4 fois pour des affections non cancéreuses, 11 fois pour des cas de cancer du col de l'utérus. Sur ces 11 cas, il a eu 4 morts; chez deux malades, la mort a été la conséquence d'une faute chirurgicale, impossible d'ailleurs à éviter avec le procédé employé à cette époque; dans deux autres cas, les lésions étaient telles qu'on aurait peut être dû refuser de faire l'opération. Dans un cinquième cas, il y a eu guérison opératoire, mais mort cinq mois plus tard par propagation du néoplasme dans le ligament large, propagation qui remontait à une date antérieure à l'intervention. Il a donc six malades opérées qui, actuellement, sont bien portantes; il est vrai que quelques-unes n'ont été opérées que tout récemment (une des interventions sans récidive remonte à neuf mois). — M. Richelot insiste ensuite sur ce fait, que les récidives n'ont été observées que dans la paroi vaginale; aussi, dans une récente hystérectomie, a-t-il fait la résection préventive d'une bande circulaire de cette paroi vaginale, de façon à inciser les tissus loin du cancer et à éviter la récidive en ce point.

M. Polaillon lit un rapport sur une observation de M. Delorme (du Val-de-Grâce). Il s'agit de *restaurations autoplastiques multiples* faites chez un soldat ayant tenté de se tuer (coup de fusil dans la face). Le malade a été présenté à la Société. M. Polaillon insiste sur l'ingéniosité de ces diverses autoplasties.

M. Polaillon lit un autre rapport sur une observation envoyée par M. Colombes (de Lisieux) et intitulée : *Tumeur vasculaire (angiome probable) non congénitale de l'ombilic.* La tumeur s'est développée à 26 ans chez une femme et 10 ans plus tard elle n'avait encore que le volume du bout du doigt; elle a présenté une hémorrhagie intense. Pas d'examen histologique.

M. Lannelongue fait remarquer qu'on connaît quelques cas analogues.

M. Trélat émet quelques doutes sur la nature de la tumeur. Il y a des sarcomes tellement vasculaires qu'ils peuvent simuler les angiomes.

M. Terrillon rapporte un cas de *tétanos chronique.* Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, vigoureux, qui, à la suite d'une chute de cheval, eut une plaie contuse de la pommette du côté gauche. La plaie était guérie le 8e jour. Pas de refroidissement, et cependant, le 8e jour, difficulté d'ouvrir la bouche; pas de point douloureux. Léger trismus unilatéral qui augmente peu à peu; deux jours après, asymétrie de la face telle qu'on songe à la possibilité d'une paralysie faciale. Mais il y a des crises douloureuses à gauche. Température 38°. On donne du chloral à hautes doses. Au 12e jour, phénomènes inquiétants du côté de la déglutition. M. Terrillon cite quelques cas analogues.

M. Schwartz dit que les allemands viennent de décrire sous le nom de *Kopftetanus* une forme de tétanos limité à la tête et simulant la paralysie faciale. Cette forme serait caractérisée par sa marche insidieuse et sa terminaison toujours mortelle.

M. Bazy lit un mémoire sur le traitement des *abcès de l'espace pelvirectal inférieur.* Il conclut ainsi, après avoir cité deux observations à l'appui : les abcès peuvent être incisés par la voie périnéale, sans qu'il soit nécessaire d'intéresser le rectum dans l'incision. La guérison est possible; elle est plus rapide avec cette façon de procéder, pourvu qu'on désinfecte aussi complètement que possible la région (lavages antiseptiques après chaque garde-robe), pourvu qu'on évacue bien complètement le pus, fasse usage du drain et de la compression méthodique) et donne un peu d'opium pour constiper le malade. M. Bazy a soin de bien faire remarquer qu'il laisse de côté les abcès tubéreux de la région. — En résumé, il défend la méthode de Foubert.

M. Pozzi présente une petite fille à laquelle il a fait une opération autoplastique pour une *exstrophie de la vessie.* Il n'a pas employé ici le procédé habituel par suite de l'état de la peau voisine de la vessie à obturer.

M. Berger rappelle que les procédés autoplastiques sont à l'heure qu'il est un peu délaissés en Allemagne. Songeant à l'écartement des pubis qui dans ces cas est d'environ 4 cent. et constitue un grand obstacle, certains chirurgiens comme Trendelenburg (1) ont proposé la symphyséotomie postérieure (séparation des os iliaques du sacrum) et le rapprochement consécutif des os iliaques. D'autres, comme Sonnenburg, font la dissection et l'extirpation totale de la vessie. M. Berger croit que dans les méthodes autoplastiques il vaut mieux opérer en

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 4, 22 janv. 1889.

plusieurs temps. Il insiste sur les douleurs, les incrustations vésicales et la suppuration qui s'observent assez souvent après une intervention de ce genre.

M. Pozzi répond qu'il a employé la méthode autoplastique parce qu'il avait de quoi fabriquer des lambeaux, en employant il est vrai un procédé particulier. Dans son cas, il n'y a pas de suppuration; il lutte contre les incrustations calcaires de la vessie par des injections boriquées.

M. Kirmisson rapporte un cas de guérison par le procédé de Sonnenburg dont il a lu dernièrement la relation.

M. Doyen (de Reims), présente à la Société une *pince* qu'il a fait construire pour l'hystérectomie vaginale (ligature des ligaments larges).

M. Peyrot présente la *ceinture hypogastrique* de M. de Baker.

M. Th. Anger montre un goître (hypertrophie simple du corps thyroïde) qu'il a dernièrement opéré. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 février 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Bocquillon lit une note sur la *vaseline liquide*. Cette substance doit être neutre, sans goût, d'une densité de 0,875 à + 15°. Elle dissout, lorsqu'on la chauffe légèrement, l'iode, le brome, le phosphore et l'iodoforme. Ces solutions doivent être à 10 0/0 excepté pour l'iodoforme (1 0/0). Employée de cette façon, l'iode n'est plus irritante et peut facilement être incorporée à l'huile de foie de morue, par exemple.

M. Dujardin-Beaumetz a fait diverses injections médicamenteuses à l'aide de la vaseline liquide. C'est ainsi qu'il a injecté, matin et soir, une seringue de Pravaz renfermant 50 centigr. d'eucalyptol dissous et en a obtenu de bons résultats dans le traitement de l'emphysème. De même, pour l'iode en solution à 1/100. Il a également introduit sous la peau une solution renfermant 4 centimètres cubes d'hydrogène sulfuré par seringue; il ne peut dire encore si cette méthode est préférable à celle des injections rectales gazeuses. Dans tous les cas, il y a, grâce à la vaseline, tout un champ d'expériences désormais ouvert aux expérimentateurs.

M. C. Paul dit que la teinture d'iode est caustique et qu'il n'est pas sans intérêt de constater qu'avec la vaseline on peut injecter sous la peau de l'iode sans produire de douleur.

M. Bocquillon montre un flacon contenant cette solution iodée, dont le titrage peut aller jusqu'à 40 0/0.

M. Grellety dit que MM. Besnier et Balzer expérimentent en ce moment, à l'hôpital Saint-Louis, les injections de calomel dissous dans la vaseline. L'injection n'est pas douloureuse dès le début, mais elle le devient deux ou trois jours plus tard, lorsque le calomel se transforme en bichlorure. Souvent alors survient une suppuration locale. Aussi les auteurs ont-ils modifié leur formule de la façon suivante :

Oxyde jaune de mercure, 1 gramme.
Gomme adragante q. s. pour tenir en suspension.
Eau distillée, 30 grammes.

Il suffirait de quatre de ces injections pour empêcher toute manifestation syphilitique pendant six mois.

M. C. Paul dit que pour éviter toute suppuration avec les injections de calomel, auxquelles on avait autrefois renoncé, il faut piquer en *plein muscle*, à la fesse, par exemple.

M. Hallopeau a renoncé à traiter la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique, parce que ces injections étaient trop douloureuses ; les autres injections préconisées plus récemment sont-elles véritablement indolores?

MM. Dujardin-Beaumetz et C. Paul appuient la remarque de M. Hallopeau.

M. Grellety répond que les injections de calomel donnent souvent lieu à des abcès, chez les femmes en particulier.

Le même auteur parle de la façon inconsidérée dont certains diabétiques absorbent du bromure de potassium sans même avoir consulté un médecin. Il en résulte des accidents de bromisme et des furoncles et anthrax qui, chez les diabétiques, ont une tendance toute spéciale à une longue suppuration. Les diabétiques sont souvent albuminuriques; on comprend que le brome ne puisse que difficilement s'éliminer.

MM. C. Paul et Moutard-Martin estiment que les accidents cutanés relèvent beaucoup plus du diabète lui-même que du bromure. Le premier n'a jamais vu survenir ces accidents en administrant les diurétiques conjointement avec le bromure.

M. Dujardin-Beaumetz a vu des accidents ulcéreux survenir sous l'influence du bromure chez le petit malade dont il a déjà parlé et auquel il a administré l'acétanilide contre ses crises épileptiques. Depuis deux mois, celles-ci n'ont pas reparu.

M. Labbé pense que pour parer aux inconvénients du bromure, il est nécessaire d'administrer en même temps l'arsenic.

Gilles de la Tourette.

REVUE D'HYDROLOGIE

III. Des affections cardiaques d'origine rhumatismale, traitées aux Eaux d'Aix-les-Bains (Savoie); par le Dr Blanc, médecin-inspecteur des Eaux d'Aix. Brochure in-8 de 53 pages. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886.

IV. L'Action sédative de la cure de Saint-Sauveur; par le Dr Caulet, médecin-inspecteur des Eaux de Saint-Sauveur, Président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, 1886.)

III. Il en est de la médecine comme de tous les modes de l'activité intellectuelle : tous les jours on rencontre admises sans conteste et appliquées chaque fois avec rigueur des idées auxquelles souvent leur banalité même épargne l'examen. Tel est le cas des affections cardiaques généralement considérées, — on peut dire *à priori*, en bloc, sans plus ample informé, — comme une contre-indication formelle à une cure hydro-minérale. Quelques médecins ont essayé d'établir des distinctions : Vidal (d'Aix-les-Bains), Berthier fils, Brachet, Max. Legrand, Macé, Cazalis, Dufresne de Chassaigne, B. Teissier, Rambaud, Constantin Paul, etc. Malheureusement leurs saines critiques ne paraissent pas avoir pénétré bien avant dans le grand public médical; et comme toujours, en vertu d'une sorte de vitesse acquise, le préjugé, l'idée toute faite, la formule, continue à circuler et garde force de loi. C'est cette formule que le Dr Blanc vient à son tour soumettre à l'examen : avec de nouveaux faits à l'appui de sa légitime réclamation, il insiste pour qu'on y regarde de plus près et qu'on établisse des catégories de cas. Il insiste surtout, naturellement, sur les formes qui, non-seulement ne constituent point une contre-indication à l'usage rationnel des eaux minérales, mais qui peuvent même bénéficier plus ou moins largement de la cure. A l'appui de sa thèse il apporte des raisonnements physiologiques et des faits cliniques. Nous n'entreprendrons pas ici, bien entendu, l'examen de cette importante et délicate question. Nous renvoyons à l'ouvrage du Dr Blanc les médecins qu'elle intéresse; nous nous contenterons de résumer ici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur. Il établit trois catégories de cas : 1° malades nettement justiciables de la cure d'Aix; 2° malades pouvant bénéficier de la cure, malgré certaines considérations défavorables; 3° formes ou états constituant une contre-indication. Il considère comme justiciable des eaux les cas dans lesquels, malgré un état assez avancé de la maladie du cœur, il n'y a pas de l'athérome artériel et que la maladie de nature endocarditique à son début, est de nature franchement rhumatismale. Le plus possible, les malades seront envoyés aux eaux dans le mois qui suit la poussée aiguë de rhumatisme. — Justiciables encore les malades sujets à des atteintes fréquentes de rhumatisme aigu ou subaigu, qui sont une menace permanente de poussée vers le cœur. Peuvent être envoyés aux eaux, mais exceptionnellement, ceux chez qui la compensation se fait assez régulièrement. Il considère enfin comme des contre-indications absolues toute menace de complications immédiates du côté des organes essentiels (poumons, foie, reins), ainsi que l'âge du cardiaque : passé 60 ans ils ne doivent pas être envoyés aux eaux.

IV. Ce nouveau travail du Dr Caulet ouvre la troisième

série de ces intéressantes « Etudes analytiques sur la cure thermale de Saint-Sauveur. » Indépendamment des qualités médicamenteuses communes qu'elles partagent avec les autres eaux sulfurées du groupe pyrénéen, les eaux de Saint-Sauveur possèdent 1° une action élective pathogénétique sur l'appareil utéro-ovarien; et 2° des vertus sédatives spéciales. Dans un mémoire antérieur, l'auteur avait exposé l'action *utérine* des eaux; dans le travail actuel il étudie ce qui se rapporte à l'action sédative de cette cure thermale. Cette action sédative présente quelques analogies avec celle des bromures; elle s'effectue *d'emblée*. « Elle s'adresse directement à l'état nerveux et aux phénomènes dynamiques. Elle atténue et résout l'élément névropathique local ou général, calmant les hypéresthésies, corrigeant les paresthésies, redressant les troubles fonctionnels, faisant taire les sensations subjectives des maladies qu'elle rend souvent silencieuses et latentes avant de les modifier essentiellement. L'auteur prend bien soin de distinguer ces phénomènes *sédatif d'emblée*, d'avec les accidents de *dépression secondaire* si souvent observés aux eaux, et dérivant de la surexcitation thermale. Il s'attache en outre, dans cette action hyposthénisante, à faire la part du climat général du sud-ouest, du climat spécial de Saint-Sauveur, de l'existence que les malades mènent dans la station, des vents régnants, etc., et à préciser spécialement la part du bain dans cette action. Il oppose cette action hyposthénisante d'emblée aux phénomènes de sédation *secondaire* obtenus par d'autres médications thermales, comme celle de Néris, par exemple, et il demande qu'on cesse de confondre dans un groupe unique « une eau comme Néris, bicarbonatée sodique, énergique dans son action, secouant rudement l'organisme et une eau comme Saint-Sauveur, sulfurée, douce, tempérante du système nerveux et immédiatement calmante. » C'est avec raison, croyons-nous, qu'il propose de « ne rapprocher que des cures douces, silencieuses dans leur action, n'impressionnant que peu ou pas l'économie et de plus calmant directement l'état nerveux, les désordres de l'innervation et généralement les phénomènes dynamiques. » Ce groupe, à côté de Saint-Sauveur et de quelques sulfurées, dégénérées ou non, comprendrait des eaux sulfatées calciques (le *Salut*, de Bagnères, le *Bouridé*, de Capvern, et des carbonatées : Ussat, Aix-en-Provence, et Schlangenbad). En finissant, l'auteur fait observer que, pour Saint-Sauveur, comme d'ailleurs pour la plupart des stations thermales des Pyrénées, ce sont moins les médecins que les baigneurs eux-mêmes, surtout les baigneurs du Midi, qui, essayant successivement de toutes les eaux de la chaîne, ont déterminé par leur préférence le caractère clinique de la station. G. DELFAU.

THÉRAPEUTIQUE

L'ichthyol;

Par M. le docteur LARTIGAU.

L'ichthyol est un nouveau médicament très en vogue aujourd'hui en Autriche et en Allemagne, et qui a été introduit dans la thérapeutique par le docteur Unna (de Hambourg). L'ichthyol est extrait par distillation d'une roche bitumeuse du Tyrol, formée par un résidu de matières animales décomposées, provenant de poissons et d'animaux marins préhistoriques.

L'aspect de l'ichthyol est celui du goudron, mais il en diffère par son odeur toute spéciale et par ses propriétés physiques et chimiques. Il est surtout caractérisé par sa richesse en soufre. Mais ce soufre lui est si intimement uni qu'il ne peut en être extrait que par une décomposition complète. Cette propriété qui le différencie d'une façon essentielle des préparations sulfureuses en usage, a fait dire à Unna que « c'est une préparation très soluble et toute spéciale du soufre, qui produit des effets sulfureux particuliers et d'une importance extraordinaire. »

Or, si l'on considère les applications si nombreuses du soufre, consacrées par la plus longue pratique, soit à l'extérieur soit à l'intérieur, applications entravées toutefois par l'irritation que produit le médicament et par son insolubilité, on conçoit sans peine l'importance considérable que peut avoir l'emploi de l'ichthyol.

D'après Unna et considéré d'une façon générale, l'ichthyol est un antiphlogistique puissant. Il anémie et dégonfle rapidement tous les tissus. — Cependant il ne doit être employé que lorsque l'épiderme est intact. S'il pénètre jusqu'au derme, l'absorption devenant trop forte, il faut s'abstenir, parce qu'il surviendrait des phlyctènes ou des éruptions vésiculeuses qui nuiraient à la marche de la maladie.

Le docteur Unna donne l'ichthyol à l'intérieur autant qu'à l'extérieur, surtout dans les manifestations chroniques. — Il prétend qu'aucun moyen interne n'approche de son efficacité ; qu'il est bien supérieur, entre autres, à l'arsenic ou aux combinaisons sulfureuses, dont il possède d'ailleurs au plus haut degré les propriétés anti-catarrhales. Il peut en outre être continué pendant des années sans aucun danger. A l'intérieur, l'ichthyol s'administre à la dose de 1 gramme à 2 grammes par jour chez l'adulte. — 20 à 50 centigrammes chez les enfants.

Ceci posé, l'icthyol est tout particulièrement indiqué comme usage externe dans les tuméfactions sous-cutanées et dans les irritations et inflammations de la peau — *avec épiderme intact*. — Ainsi dans les *œdèmes*, l'*angiectasie*, les *cutites* et les *dermites*, l'*entorse*, le *furoncle* au début, les diverses *manifestations rhumatismales*, et enfin la plupart des *maladies de la peau*. Unna en a retiré des avantages qu'aucun autre moyen ne lui avait jamais procurés.

Dans les affections de la peau, ce qu'il faut considérer avant toute chose, nous ne saurions trop le répéter, c'est l'intégrité de l'épiderme. — Mais, cette intégrité existant, presque toutes les maladies de peau sont favorablement influencées par l'ichthyol. Précisons cependant, avec Unna, et donnons en même temps les indications de doses. Dans la *couperose*. — S'agit-il de la forme érythémateuse ou eczémateuse avec l'épiderme mince, lisse ou écailleux, avec tendances à congestion, l'ichthyol doit être appliqué à petites doses, 2 p. 100.

S'agit-il de la couperose acnéique, boutons d'acné sur fond tuméfié, bleu, rouge, avec épiderme épais, inégal, sans tendance à l'eczéma, ichthyol à haute dose, 10 p. 100 jusqu'à 25 p. 100. Nulle crainte à avoir pour les yeux, comme avec le soufre, dont l'emploi devient, dans ce cas impossible.

Dans les diverses formes d'*eczéma*, qu'il soit aigu ou chronique, l'ichthyol est excellent, et une seule application suffit souvent pour amener une amélioration notable, surtout pour enlever les démangeaisons. Il est souverain, en effet, contre le prurit. Mais si l'épiderme n'est pas intact il ne faut pas l'employer, ou il faut user de faibles doses et en surveiller l'action. Seulement, même dans ce cas, surtout s'il s'agit d'un eczéma chronique, on se trouvera très bien de l'usage interne. Qu'il y ait, au contraire, intégrité de l'épiderme, on pourra employer, sans aucune crainte, des doses de 10 p. 100.

De même dans le *lichen* des enfants, l'*urticaire* aigu ou chronique, l'*érythème* noueux, les divers *herpès*, le *pityriasis*. — Dans le pityriasis ou dans les autres affections du cuir chevelu ou des parties couvertes de poils, l'ichthyol a ce grand avantage sur le soufre, le goudron ou autres produits habituellement employés, qu'étant très soluble dans l'eau, il est facile de nettoyer les parties avec de l'eau de savon ou de l'eau pure. Disons en passant que, dans les brûlures du premier degré, rien ne réussit mieux pour enlever la douleur et empêcher la production des phlyctènes.

Dans la lèpre, le psoriasis, le sycosis, le lupus, l'ichthyol ne peut servir que d'adjuvant utile. A l'intérieur, nous en recommandons en outre l'essai, dans les cas de bronchite tenace et de catarrhe, aux lieu et place des diverses eaux sulfureuses. En France, l'ichthyol a été encore

peu employé, sauf sous la forme de pellicule popularisée par le docteur Gécé.

Cette pellicule, très résistante et très souple en même temps, adhère parfaitement sans aucun bandage, et s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude. Elle forme une sorte d'épiderme artificiel qui maintient l'agent actif en contact permanent avec la surface malade et l'isole des agents extérieurs. Elle rend de grands services dans le traitement des affections de la peau que nous avons énumérées. Mais elle ne peut suffire cependant à tous les cas. Il n'est pas toujours possible de l'appliquer, et elle n'est pas toujours assez énergique.

Pour obvier à cet inconvénient, et en présence des difficultés d'application de l'ichthyol à doses variables, des ennuis que présente l'emploi de pommades à différents titres, le docteur Gécé a imaginé une solution qui peut servir aussi bien pour les doses faibles que pour les doses fortes.

Cette solution, parfaitement limpide et titrée à 20 p. 100 s'applique au pinceau. On l'étend avec le doigt, en frictionnant légèrement pour faciliter l'absorption. Si l'on veut des effets plus énergiques, on renouvelle plusieurs fois la même opération, séance tenante. Si l'on veut des effets moindres, on étend une petite quantité de solution avec plus ou moins d'eau, selon les effets qu'on veut obtenir. Dans tous les cas, on recouvre avec un peu de ouate, une fois la friction terminée.

On peut donc ainsi — sans changer de produits — partant des doses les plus faibles, arriver progressivement aux doses les plus fortes, et inversement, des doses les plus fortes descendre aux doses les plus faibles. Et en se reportant à ce que nous avons dit plus haut, on verra facilement quels sont les cas où l'on devra employer de préférence soit la pellicule, soit la solution à dose forte ou modérée.

Mais ce n'est pas tout. Il est indispensable d'employer l'ichthyol à l'intérieur chaque fois qu'il s'agit d'une affection de la peau, dans le furoncle, les manifestations rhumatismales, dans le catarrhe des bronches, où il remplace avec avantage, comme nous l'avons dit, les préparations sulfureuses, dont il n'a pas les propriétés irritantes.

En Allemagne, on l'administre en solution; mais le goût très prononcé de sulfure de carbone que possède l'ichthyol n'a jamais permis au docteur Gécé d'en obtenir un usage prolongé, et il a souvent rencontré des malades qui se refusaient à en faire usage. Il a essayé alors la forme pilulaire. Il y avait une difficulté : c'était de concilier l'état semi-liquide de l'ichthyol avec la dose, ce qui nécessitait l'absorption chaque jour d'un trop grand nombre de pilules.

Par un tour de main, la difficulté a pu être évitée ; les pilules contiennent 20 centigrammes d'ichthyol pur, et il suffit d'en administrer 1 ou 2 chez les enfants, 4 à 8 chez les adultes. Mais cette dernière dose peut être souvent dépassée avec avantage et sans jamais occasionner d'inconvénients. C'est à jeun qu'il faut prendre ces pilules, et on peut les partager en deux ou trois doses. La première le matin, les autres avant les deux principaux repas, — ou la dernière en se couchant.

Aujourd'hui que l'emploi de l'ichthyol est ainsi devenu facile, il est à désirer qu'on en essaie l'application dans ces cas si nombreux où la thérapeutique nous offre peu de ressources vraiment efficaces, et il est à présumer que nous en retirerons les mêmes avantages que nos voisins.

VARIA

Faculté de médecine de Paris. (*Semestre d'été* 1886-87.)

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars 1887 :

COURS.— *Histoire naturelle médicale :* M. BAILLON. Botanique médicale. Médicaments et poisons tirés du règne végétal ; lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physiologie :* M. N... (M. REMY, agrégé, chargé de cours). Physiologie du système nerveux et des organes des sens ; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie chirurgicale :* M. GUYON. Les maladies chirurgicales de l'appareil digestif; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pharmacologie :* M. REGNAULD. 1° Généralités sur les formes pharmaceutiques ; 2° Etude spéciale des médicaments: description, propriétés chimiques, applications à l'art de formuler ; mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie et thérapeutique générales :* M. BOUCHARD (M. TROISIER, agrégé chargé des cours). Les grands processus morbides (virulence, inflammation, fièvre); mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie interne :* M. DAMASCHINO. Les maladies de l'encéphale et des nerfs crâniens ; mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie expérimentale et comparée :* M. VULPIAN. La pathologie expérimentale du cœur, des vaisseaux et du sang; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants :* M. TARNIER. Dystocie; lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre). — *Hygiène :* M. PROUST. Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles ; les maladies à vaccin : variole, charbon, rage. Hygiène et assainissement des villes: la maison, la rue ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéatre). — *Thérapeutique et matière médicale :* M. HAYEM. Des agents physiques, des climats et des eaux minérales ; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Exercices pratiques de médecine légale, à la Morgue.* M. BROUARDEL. Exercices pratiques à la Morgue; lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES. — *Cliniques médicales :* M. G. SÉE, lundi et mercredi, à 9 heures 1/4 (à l'Hôtel-Dieu). — M POTAIN, lundi et vendredi, à 10 heures (à la Charité). — M. JACCOUD, mardi et samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — M. PETER, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Necker). — *Cliniques chirurgicales :* M. RICHET, (M. RECLUS, agrégé, chargé de cours), mardi, jeudi et samedi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — M. VERNEUIL, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Pitié).,— M. TRÉLAT, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Charité). — M. LEFORT, mardi et jeudi, à 9 heures 1/2 (à l'hôpital Necker). — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale :* M. BALL, dimanche et jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne). —*Clinique des maladies des enfants :* M. GRANCHER, mardi et samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades) —*Clinique des maladies syphilitiques et cutanées :* M. FOURNIER, mardi et vendredi, à 9 heures, (à l'hôpital Saint-Louis).— *Clinique des maladies du système nerveux :* M. CHARCOT, lundi et mardi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière). — *Clinique ophthalmologique :* M. PANAS, jeudi et samedi, à 9 heures 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — *Clinique d'accouchements :* M. PINARD, agrégé, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures 1/2 (Clinique d'Accouchements).

CONFÉRENCES.— *Pathologie interne :* MM. QUINQUAUD. Maladies cutanées. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique). — *Anatomie pathologique :* A ROBIN. Anatomie pathologique générale. Lundi, mercredi, vendredi à 4 heures (petit amphithéatre). — *Pathologie externe :* KIRMISSON. Maladies chirurgicales de la tête et de la face (y compris les yeux et les oreilles), du cou et de la colonne vertébrale. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grand amphithéatre). — *Pathologie externe :* SEGOND Médecine opératoire : opérations qui se pratiquent sur le tube digestif, le cou et le thorax. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (grand amphithéatre). — *Pathologie générale :* LANDOUZY. Etiologie. Pathogénie. Séméiotique, etc. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (petit amphithéatre). —*Physique médicale :* GUÉBHARD. Etude générale des radiations. Electricité. Actions moléculaires. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures 1/2 (petit amphithéatre.)

TRAVAUX PRATIQUES.—*Chimie :* M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de chimie. Mardi, jeudi, samedi, de 7 heures 1/2 à 10 heures du matin. — *Physique :* M. GUÉBHARD, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique. Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures. — *Histoire naturelle :* M. FAGUET, chef des travaux. Travaux pratiques d'histoire naturelle. Lundi, mardi, jeudi, samedi, à 7 heures 1/2 du matin.—*Physiologie :* M. LABORDE, chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure 1/2. — *Histologie :* M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie. Mardi, jeudi, samedi, de 3 heures à 5 heures. —*Médecine opératoire :* M. FARABEUF, professeur, chef des travaux anatomiques délégué. Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures. —*Anatomie pathologique :* M. BRAULT, chef des travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, à 2 heures.

Faculté des sciences de Paris.

Cours du semestre d'été (1886-87).

COURS DES PROFESSEURS TITULAIRES.— Les cours (second semestre) de la Faculté s'ouvriront le mercredi 16 mars 1887, à la Sorbonne. — *Algèbre supérieure* : M. HERMITTE, professeur, exposera les principes généraux concernant les intégrales définies et la théorie des fonctions d'une variable, les mercredis et samedis, à dix heures un quart. — *Calcul différentiel et calcul intégral* : M. PICARD, professeur, continuera ce cours le jeudi 17 mars. Il traitera particulièrement des équations rationnelles, les lundis et jeudis, à huit heures et demie. — *Mécanique rationnelle* : M. APPELL, professeur, continuera ce cours le mercredi 16 mars. Il traitera en particulier de la Dynamique des Systèmes, les mercredis et vendredis à huit heures et demie. — *Astronomie* : M. OSSIAN-BONNET, professeur, ouvrira ce cours le samedi 19 mars. Il développera l'ensemble des matières comprises dans le programme de la Licence, les mardis et samedis, à huit heures et demie. — *Calcul des probabilités et physique mathématique* : M. POINCARÉ, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 17 mars. Il continuera l'étude du Potentiel et traitera de la théorie analytique de la chaleur, les lundis et jeudis, à dix heures et demie. — *Mécanique physique et expérimentale* : M. BOUSSINESQ, professeur, continuera ce cours le lundi 21 mars. Il étudiera les Ondes liquides et développera spécialement les théories de l'Onde solitaire de la Houle et des Ondes produites par l'émersion d'un solide ; les lundis et mercredis, à huit heures et demie. — *Physique* : M. LIPPANN, professeur, ouvrira ce cours le samedi 19 mars. Il traitera de l'Acoustique et de l'Optique, les mardis et samedis, à deux heures. — *Chimie organique* : M. FRIEDEL, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 16 mars. Il traitera des Fonctions et étudiera les composés de la série grasse ; les mercredis, à une heure et demie, et les vendredis, à dix heures et demie. — *Minéralogie* : M HAUTEFEUILLE, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 17 mars. Il étudiera les caractères généraux des métaux et les principales espèces minérales Les lundis et jeudis, à deux heures trois quarts. — *Zoologie, anatomie, physiologie comparée* : M. YVES DE LAGE, professeur, ouvrira ce cours le samedi 19 mars. Il étudiera les tuniciers et les vertébrés. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la licence. Les mardis et samedis, à trois heures et demie. — *Botanique* : M. N......, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 16 mars. Les mercredis et vendredis, à midi et demi. — *Géologie* : M. HÉBERT, professeur, ouvrira ce cours le vendredi 18 mars. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques. Les mercredis et vendredis, à trois heures.

COURS ANNEXE. *Physique céleste* : M. WOLF, professeur adjoint, ouvrira ce cours le jeudi 17 mars. Il étudiera les méthodes et les instruments de l'Astronomie physique ; il traitera ensuite de la constitution du Soleil. Les lundis et jeudis, à une heure.

CONFÉRENCES : Sur des sujets indiqués par MM. les professeurs. Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée. — *Sciences physiques* : M. MOUTON, maitre de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis, à 9 heures, et les vendredis, à 8 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. PELLAT, maitre de conférences, donnera des développements sur diverses questions de *Physique* traitées au cours ou indiquées par MM. les professeurs de Physique ; ces Conférences auront lieu les lundis, à 8 heures, et les jeudis, à 4 heures 1/2 (Amphithéatre de Physique). Les Conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures (Annexe du Laboratoire de Physique). — M. JANNETTAZ, Maitre de Conférences, fera des Conférences sur la *Minéralogie*, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le laboratoire de Minéralogie — M JOLY, Maitre de Conférences, fera, les mardis et samedis, à 10 heures 1/2 (Salle du rez de chaussée, escalier n° 2) des conférences de Chimie. Les Conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le Laboratoire. — M. SALET, Maitre de Conférences, continuera à traiter de la *Chimie organique*, les mardis et samedis, à 3 heures et demie, dans la salle des Conférences. Il commencera au 1er mai l'étude de la *Spectroscopie* et de la *Photochimie*, dans son laboratoire. — M. RIBAN, Maitre de Conférences, Directeur adjoint du laboratoire de chimie, fera, au laboratoire, le lundi à 11 heures, une Conférence pratique d'analyse qualitative, et le mercredi, à 3 heures, une Conférence d'analyse quantitative : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. Les manipulations pour la Licence, les lundis, mercredis, jeudis, à 9 heures, et les vendredis, à 8 heures. Manipulations de chimie, le mercredi, de 1 heure à 5 heures pour les candidats à l'agrégation; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les Professeurs des collèges. — *Sciences naturelles* : M. J. CHATIN professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle, l'étude de la *Reproduction et du Développement dans la série animale*. — M. PRUVOT, Maître de Conférences, fera, les mardis, au laboratoire de Zoologie, à midi, et les samedis, à l'amphithéâtre d'Histoire naturelle, à 11 heures 1/2, des Conférences de *Zoologie*. — M. VESQUE, Maitre de Conférences, surveillera, les lundis et les jeudis, à midi, des exercices pratiques, sous la direction de M. le Professeur N...... Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations. — M. VELAIN, Maître de Conférences, fera, les lundis et jeudis, à 9 heures, des Conférences sur diverses parties de la *Géologie*. Les élèves seront exercés, au laboratoire de Géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures 1/2. — Le mardi, à 1 heure, dans la salle des Conférences. Conférence de Géographie physique — Le Registre des inscriptions prescrites pour la Licence sera ouvert, au Secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de janvier, avril et juillet (novembre pour l'année scolaire 1887-1888). La première session pour les trois licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1887 ; la deuxième, du 25 octobre au 10 novembre. Les candidats sont tenus de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la Session.

Congrès médical international de Washington — Moyens de transports et frais de séjour en Amérique

Les compagnies françaises refusant de faire des réductions sur leurs prix ordinaires, les médecins voulant se rendre à Washington devront s'adresser aux compagnies étrangères qui réduisent leurs tarifs. Nous croyons leur être utile en leur donnant les renseignements suivants : *The Red star line Ce*, d'Anvers à New-York, prendra 500 fr. aller et retour en 1re classe. Ces bateaux faisant escale à Plymouth, on peut s'embarquer soit dans cette ville, soit à Anvers même. — *The Royal Netherland Ce*, ainsi que l'*Inman line*, prendront 400 fr. aller et retour en 1re classe de Liverpool à New-York. — Les dames profiteront des mêmes avantages. Les dépenses d'hôtel ne dépasseront pas 15 fr. par jour, de sorte qu'on peut évaluer de 600 à 650 fr. les frais nécessités par le voyage et le séjour en Amérique. L'agence Cook, rue Scribe, à Paris, doit organiser des excursions à prix très réduits. Le programme en sera publié dans quelques mois. Nous publierons les renseignements à mesure qu'ils nous parviendront. Pour plus amples informations, s'adresser soit au Dr Paul Rodet, à Vittel (Vosges), soit au Dr Philipps, 10, Henrietta street, Cavendish Square, à Londres (*Journal de médecine de Paris*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Rémy, Ch. Richet — 5e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Rendu.

MARDI 15. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Troisier, Debove. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Ball, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Panas, Pinard, Bouilly ; — 3e *Série* : MM. Le Fort, Tarnier, Richelot.

MERCREDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Remy, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie, Hotel-Dieu) : MM. Guyon, Reclus, Budin ; — (2e partie) : MM. Fournier, Damaschino, Straus.

JEUDI 17. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Troisier, Hallopeau.

VENDREDI 18. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Reclus, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — 2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Landouzy.

SAMEDI 19 — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Grancher, Dieulafoy, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Péter, Cornil, Hutinel.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. BOISSARD, ancien interne des hopitaux, chef de clinique adjoint d'accouchements et M. Paul BERTHOD, internes des hopitaux et de la Maternité, font un cours d'accouchements qui a lieu tous les jours à 4 heures 1/2, 5, rue du

Pont-de-Lodi. Une nouvelle série de leçons a commencé le 10 mars,

Cours d'urologie.— Le Dr H. PICARD commencera ce cours, 13, rue Suger, le lundi 14 mars, à 5 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Ce cours, essentiellement pratique, comprendra six ousept leçons.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 février 1887 au samedi 5 mars 1887, les naissances ont été au nombre de 1232, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437 ; illégitimes, 168. Total, 605. — *Sexe féminin* : légitimes, 468 ; illégitimes, 159. Total, 627.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 février 1887 au samedi 5 mars 1887, les décès ont été au nombre de 1190, savoir : 638 hommes et 532 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 20, F. 21. T. 41. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 26, F. 20. T. 46. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 8, F. 5. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 30, T. 44. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 134, F. 77. T. 211. — Autres tuberculoses : M. 18. F. 13. T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 24. T. 37. — Méningite simple : M. 17, F. 15. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 22. T. 39. — Paralysie : M. 2, F. 6. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 9, F. 3. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 37. T. 66. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 25 T. 46. — Bronchite chronique : M. 24, F. 29. T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 17. T. 30. — Pneumonie M. 36, F. 37. T. 73. — Gastro-entérite, biberon : M. 19, F. 19. T. 48. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 7. T. 14. — Autres gastro-entérite : M. 5, F. 3. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 19, T. 32. — Sénilité : M. 9, F. 18. T. 27. — Suicide : M. 19, F. 4. T. 23. — Autres morts violentes : M. 10, F. 2. T. 12. — Autres causes de mort : M. 133. F. 79. T. 212. — Causes restées inconnues : M. 9 F. 9. T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 35, illégitimes, 12. Total : 47, — *Sexe féminin :* légitimes, 34 ; illégitimes, 14. Total : 48.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

— *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 9 mai 1887, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 21 mars au samedi 30 avril 1887 inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1887 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1891. Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 18 avril 1887, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 7 mars au samedi 2 avril 1887 inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1887 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1891. Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Traitement des professeurs :* Par décret, les traitements des professeurs des Facultés de médecine sont établis comme suit : *Paris* : 25 professeurs de 1re classe, à 15,000 fr. ; 7 de 2e classe, à 12,000 fr. — *Province* : 3 professeurs de 1re classe, à 11,000 fr. ; 4 de 2e classe, à 10,000 fr. ; 18 de 3e classe, à 8,000 fr. ; 11 de 4e classe, à 6,000 fr.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON — M. BRUNHES, professeur de physique à la Faculté des sciences de Dijon, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Berlin.* Le ministre de l'instruction publique vient de confier de nouveau la direction de l'Université royale de clinique des maladies des femmes au Dr HOFMEIER. On sait que le privadocent de l'Université, est un des plus éminents élèves et collaborateurs de C. Schrœder. — *Faculte de Leipzig.* Le Pr ZWEIFEL (d'Erlangen) vient d'être appelé à la chaire de gynécologie et accouchements en remplacement du Pr Credé. — M. le Dr ALTMANN est nommé professeur d'anatomie à la même Université.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — Le 55e congrès de cette Association aura lieu du 2 au 5 août à Dublin, sous la présidence de M. W. Moore

COLLÈGE DE FRANCE. — Le traitement des préparateurs attachés aux chaires du Collège de France est élevé à 3.000 francs à dater du 1er janvier 1887.

CHOLÉRA. — Le Choléra a complètement disparu à Montévideo. — *Choléra en Sicile.* — D'après une dépêche de *Catane* il semble malheureusement certain que l'épidémie qui a éclaté dans cette ville est bien le choléra. Du 3 mars minuit au 5 mars même heure il y a eu 11 décès sur 18 cas et 9 cas depuis hier. — Le correspondant italien du *Journal de Genève* a annoncé, à la date du 5 mars, l'apparition certaine du choléra à Catane. — Le gouverneur de Malte et les gouvernements *grec, portugais, égyptien, français* et *ottoman* auraient imposé des quarantaines aux provenances de toute la Sicile comme de Catane. Il paraitrait que le 6 mars on aurait déjà observé 20 cas dont 12 suivis de mort. On prétend que l'apparition du fléau coincide avec un certain relâchement dans la surveillance que doit faire le Conseil sanitaire d'Alexandrie.

EXPOSITION D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Le Conseil municipal a donné l'autorisation au comité d'organisation de l'Exposition d'hygiène de l'enfance d'occuper le pavillon de la ville aux Champs-Elysées, du 10 juin au 1er août prochain, pour y installer cette exposition.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le Pr MILNE EDWARDS commencera le cours de Zoologie (mammifères et oiseaux), le mercredi 9 mars 1887, à une heure, dans la galerie de zoologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Il traitera de *l'organisation et de la classification des Oiseaux.* Ce cours sera complété par des conférences pratiques, faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 14 mars 1887, à 4 heures très précises, au Palais-de-Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : I Compte rendu du travail de M. Fusier, par M. Motet. — II. Compte rendu des travaux de la Société, par M. Blanche. — III. Une importante question de police sanitaire, par M. Liegey. — IV. Nomination d'un secrétaire général.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LEUDET, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen et professeur de clinique interne, vient de mourir. Ce fut un clinicien des plus distingués. Il était membre associé de l'Académie de médecine et venait d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences. Il est l'auteur d'un grand nombre d'articles qui ont été publiés dans les divers journaux de médecine, lors des Congrès, dans les Bulletins des divers Sociétés savantes. Nous citerons parmi ses principaux travaux, les suivants : *Etude sur l'ictère déterminé par l'abus des boissons alcooliques* (*Gaz. méd. de Paris*, 1860) ; — *Des hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde* (*Arch. gén. de Méd.*, 1858) ; — *Perforation de l'appendice iléo-cœcal* (*Arch. gén. de Méd.*, 1859) ; — *Le choléra à Rouen* (*Ac. de méd.*, 1866) ; — *Ictère grave : sa valeur au point de vue de la pathologie* ; — *Ralentissement du pouls dans le choléra* ; — *Néphrite albumineuse* (*Gaz. hebd.*, 1854). Un certain nombre de ses mémoires ont été réunis en deux volumes d'*Etudes cliniques*. Il a fait de nombreux travaux sur l'*alcoolisme*, la *tuberculose*; citons encore : *le zona dans la tuberculose* ; *curabilité de l'artérite syphilitique* ; *névrite cubitale*, etc. Il était l'un des fondateurs de la *Normandie médicale*. — L'*Art médical* nous annonce la mort de M le Dr L'HERMIER DES PLANTES, médecin homœopathe a Lyon, auteur de plusieurs travaux parus autrefois dans la *Gazette hebdomadaire*. — M. le Dr LECLÈRE ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Plombières. — M. le Dr EDWEN CHADWICK, le grand hygiéniste anglais, décédé à 87 ans. — M. le Dr HALTA, professeur de clinique médicale à la Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le Dr PANZERY, orthopédiste italien. — M. le Dr LEPIDI-CHIOTI, professeur de clinique medicale à la Faculté de medecine de Palerme. — M. le Dr CHUFFART, médecin aide-major de 1re classe, professeur agrégé (section de médecine) à la Faculté de l'Etat de Lille. M. Chuffart avait été reçu à l'agrégation au dernier concours. Il était deja très fatigué à cette époque.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 MARS 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

TREIZIÈME LEÇON (1).

Le charbon chez l'homme. — Son étiologie.

SOMMAIRE. — Le charbon de l'homme est externe (cutané) ou interne (intestinal ou pulmonaire). — C'est surtout une maladie professionnelle. — Ténacité de la virulence charbonneuse de certains produits animaux (crins, cornes, peaux, fourrures). Le charbon interne peut résulter de l'usage de viandes d'animaux charbonneux. — Dissentiments au sujet du danger de ces viandes. — Il faut en proscrire la consommation. — Autres sources de charbon interne.

Messieurs,

Contrairement à ce qui se passe pour les animaux, où le charbon est presque toujours interne et résulte de la pénétration de matières charbonneuses dans les voies digestives, le charbon humain, dans la grande majorité des cas, est un charbon externe (pustule maligne, œdème malin), inoculé à la peau ou au voisinage des muqueuses. Plus rares, quoique incontestables, sont les cas de charbon interne, développés à la suite de l'ingestion de viandes charbonneuses ou résultant de la déglutition de spores (charbon intestinal) ou de la pénétration de ces spores par inhalation dans les voies respiratoires (charbon pulmonaire.)

Charbon externe (pustule maligne ou œdème malin). Il s'observe de préférence dans les contrées où le charbon est endémique et sur certaines catégories d'individus que leur profession expose au maniement de produits charbonneux. C'est ainsi qu'on rencontre la pustule maligne surtout chez les bergers, chez ceux qui manient les dépouilles d'animaux morts du charbon, chez les bouchers, les équarrisseurs, les vétérinaires. Chez eux, l'inoculation s'effectue généralement par des matières charbonneuses fraîches, ne renfermant que des bactéridies sans spores, tels que le sang, la chair musculaire, les os, les déjections sanguinolentes des animaux, etc.

Il est d'autres professions, qui s'exercent dans les villes, en dehors des districts charbonneux et parmi lesquelles le charbon peut également s'observer; aujourd'hui que nous connaissons le grand pouvoir de résistance des spores de la bactéridie, la ténacité de la virulence de certains produits originaires de cadavres charbonneux trouve son explication toute naturelle. Les tanneurs, les mégissiers payent un large tribut; à Paris, l'un des hôpitaux où la pustule maligne s'observe le plus communément est la Pitié, à cause de la proximité des grandes tanneries situées le long de la Bièvre (2). Ce ne sont pas seulement les individus maniant les peaux fraîches qui sont exposés à la maladie, mais aussi ceux qui travaillent les peaux desséchées ou macérées dans l'eau ou dans la chaux et même celles qui ont passé par toutes les opérations du tannage ; de là, la possibilité de voir la pustule maligne se développer chez les selliers, les cordonniers, les cordiers, les pelletiers, les gantiers. Les ouvriers qui travaillent le suif, les savonniers y sont aussi exposés. Carganico (cité par Heusinger) mentionne même la colle-forte comme capable de transmettre la maladie. D'après M. W. Koch (de Dorpat), le nombre des cas de pustule maligne s'est notablement accru parmi l'armée russe dans ces dernières années, depuis l'introduction dans l'uniforme de parements en peaux de mouton (1).

D'autres débris d'animaux, surtout les crins et les poils, imprégnés de spores virulentes, peuvent conserver pendant des années le contage et l'importer parmi nous des contrées les plus lointaines. Au siècle dernier déjà, Fournier mentionnait la fréquence de la pustule maligne parmi les matelassiers et les cardeurs de laine de Montpellier. Il y a longtemps aussi que Trousseau a signalé le danger que présentent les crins importés à Paris et provenant de Buenos-Ayres ; il parle de deux fabriques de crins n'employant en moyenne que six à huit ouvriers, où vingt ouvriers moururent du charbon dans l'espace de dix ans !

J'ai eu, dans ces dernières années, l'occasion de voir plusieurs cas de pustule maligne dans le service de mon collègue, M. Lucas-Championnière, à l'hôpital Tenon; il s'agissait presque toujours d'ouvriers adonnés à une industrie propre au quartier Ménilmontant : ce sont des « *applatisseurs de cornes* » dont le métier consiste à redresser et à débiter en lanières des cornes de bœufs, de provenance surtout américaine, pour en retirer des baleines artificielles pour corsets.

Les piqûres de mouches qui se sont reposées sur des cadavres charbonneux peuvent être le point de départ de la pustule maligne chez l'homme ; il en existe des exemples incontestables, quoiqu'il ne faille pas toujours, à cet égard, s'en rapporter au dire des malades qui invoquent souvent une piqûre d'insecte uniquement à cause de la sensation de démangeaison, comparable à celle d'une piqûre, qui accompagne la pustule maligne à son début.

Le charbon est transmissible de l'homme à l'homme ; on trouve dans les auteurs des cas de charbon développé chez des personnes qui donnaient des soins à un des leurs atteint de la même maladie, M. Neydig (de Moscou) relate l'histoire de son garçon d'amphithéâtre qui contracta une pustule maligne mortelle en faisant l'autopsie d'un homme mort du charbon (2). MM. Frænkel et Orth ont publié un cas identique (3).

Charbon interne. — On désigne sous ce nom les cas de charbon où l'infection, au lieu de se faire par la peau, s'effectue par les voies digestives ou respiratoires. Le charbon interne le plus fréquent est le charbon intesti-

(1) Voir *Progrès médical*. 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39, 40, et 1887, nos 3, 6 et 9.

(2) Broca a appelé l'attention sur la fréquence de la pustule maligne à la nuque, chez les porteurs à la halle aux cuirs qui chargent les peaux sur les deux épaules, en les entrecroisant derrière le dos. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1868, T. 33, p. 307).

(1) W. Koch. *Milzbrand und Rauschbrand* (*Deutsche Chir.* von *Billroth und Lücke*, 9e livraison, 1886, p. 31).

(2) Neydig. *Beitrag zur pathol. Anat. der Pustula maligna* (*Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. N. F.*, t. X, p. 241, 1869).

(3) Zwei Fälle von *Milzbrand beim Menschen* (*Berl. klin. Wochenschr.* (1874. nos 22 et 23.)

nal, résultant de la pénétration dans le tube digestif de bactéridies ou de spores bactéridiennes. Au premier rang parmi les causes de cette variété de charbon, il faut mentionner l'usage de la viande charbonneuse. Comme le danger de cette viande a été mis en doute par des autorités considérables et qu'il s'agit là d'un point intéressant d'hygiène alimentaire, il importe d'entrer à ce sujet dans quelques détails.

Danger de l'usage des viandes charbonneuses. — Les anciens auteurs relatent un certain nombre d'accidents intestinaux graves et même de mort survenus chez des individus qui s'étaient nourris de viande charbonneuse, crue ou cuite (1). Toutefois, déjà au siècle dernier, on ne manquait pas d'arguments paraissant établir l'innocuité de la viande charbonneuse. Il suffit de citer à cet égard le fait bien connu du chirurgien Morand (1767), qui rapporte que deux bouchers contractèrent la pustule maligne en dépeçant un bœuf, dont la viande, mangée par les pensionnaires de l'hôtel des Invalides, fut trouvée bonne par tout le monde et n'incommoda personne. Duhamel (1768) relate également le fait d'un bœuf charbonneux qui communiqua le charbon aux hommes chargés de le dépecer, tandis que la viande du même bœuf a été mangée rôtie ou bouillie par plus de cent personnes qui l'ont trouvée très bonne et dont aucune n'a été malade.

Il a déjà été question des expériences de M. Colin (d'Alfort), qui établissent que les carnassiers, le chien, notamment, peuvent être impunément nourris avec des viandes charbonneuses ; M. Colin a étendu ces expériences à d'autres espèces animales, avec le même résultat négatif.

« Le porc, dit-il, et les oiseaux de basse-cour qui mangent avec avidité la chair et le sang, se comportent absolument comme les carnassiers ; on peut leur donner, sans qu'il en résulte aucun accident, les muscles, le foie, la rate et toutes les parties les plus altérées par le charbon. J'ai nourri, pendant plusieurs jours, deux lapins de farine et de son arrosés de sang provenant de ruminants morts du charbon pendant l'été, dans les environs de Chartres. Ils n'ont éprouvé aucun trouble notable de la fonction digestive et aucun symptôme de charbon.

« Les sucs digestifs enlèvent à la chair et au sang de provenance charbonneuse leurs propriétés contagifères. Pour le démontrer, j'ai fait avaler du sang et des muscles, doués d'une virulence préalablement constatée, à un chien porteur d'une fistule gastrique et j'en ai retiré, au bout de quelques heures, les portions fluidifiées. Celles-ci n'ont plus alors produit aucun effet par leur injection dans le tissu cellulaire d'un petit animal. D'autre part, le suc gastrique retiré de l'estomac de l'animal vivant et mis en contact avec le sang charbonneux à la température du corps, dans une sorte de digestion artificielle, a également destitué ce liquide de ses propriétés morbides. C'est donc surtout à l'action du suc gastrique que les maladies virulentes doivent l'innocuité qu'elles acquièrent dans l'appareil digestif, innocuité que la cuisson complète peut aussi communiquer. D'après ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'alarmer au sujet de l'usage des viandes charbonneuses, ni de faire des vœux pour la révision des règlements appliqués à la vente des viandes de cette nature ». (2)

Reynal est encore plus affirmatif : « Il est établi, dit-il, de la manière la plus formelle que le chien et le cochon peuvent manger sans le moindre danger de la viande charbonneuse. *Il doit donc, à plus forte raison, en être ainsi de l'homme,* en considérant surtout que celui-ci ne la consomme qu'après une cuisson qui est le destructeur par excellence de tout principe virulent (1).

M. Decroix, bien connu pour son scepticisme à l'égard du danger qu'offrent les viandes des animaux morts de maladies infectieuses et par sa conviction que la cuisson et la digestion détruisent tous les virus que ces viandes peuvent contenir, s'exprime en ces termes :

« J'ai voulu me rendre compte du bien ou mal fondé des saisies de viande de boucherie faites par les inspecteurs des halles et marchés pour divers motifs. A cet effet, j'ai demandé et obtenu l'autorisation de prendre au Jardin-des-Plantes une partie de la viande saisie comme insalubre et destinée aux bêtes féroces. Pendant cinq ou six mois, j'ai fait usage presque exclusivement de viandes de bœufs, veaux, moutons, chèvres, saisis dans les marchés et dans les étaux, sans que ma santé en ait été nullement altérée. Pendant ce temps, j'ai pu, en outre, me convaincre que bien des gens se nourrissent impunément de ces viandes dites insalubres. Tous les vétérinaires savent que l'on a mangé fréquemment et impunément des moutons affectés du charbon (2). »

M. Sanson estime également que notre législation sanitaire est d'une sévérité excessive dans ses prescriptions relatives aux viandes charbonneuses ; selon lui, les préjudices économiques qui en résultent ne sont pas justifiés par le faible danger que ferait courir l'usage de ces viandes (3).

Toute cette agitation, faite au nom surtout des expériences de M. Colin en faveur de l'innocuité de la viande charbonneuse, devait tomber devant un examen plus attentif du problème et surtout devant la notion plus précise des cas de charbon interne chez l'homme.

M. Boutet, l'un des premiers (4), protesta contre les opinions qui viennent d'être exposées ; il insista sur ce fait que la viande charbonneuse doit être prohibée parce qu'elle peut inoculer la maladie aux bouchers qui la dépècent, aux forts de la halle qui la chargent et la déchargent, aux cuisinières qui la manient. En concédant que la cuisson parfaite en détruit la violence, le danger subsiste tout entier pour les personnes, de plus en plus nombreuses, qui ont l'habitude de manger la viande saignante, très imparfaitement cuite.

M. Boutet pensait que la viande charbonneuse crue ou mal cuite n'était dangereuse pour le consommateur que s'il portait une excoriation de la bouche ou du pharynx et que les sucs digestifs détruisaient, à coup sûr, la virulence charbonneuse. C'est encore là une manière de voir trop optimiste. Sans doute, dans bon nombre de cas, le suc gastrique détruit les bactéridies ingérées ou les atténue à tel point qu'elles demeurent inoffensives ; mais si la quantité de bacilles ingérée est très grande, ou bien si, pour un motif quelconque, la sécrétion du suc gastrique est entravée, la barrière épithéliale des muqueuses digestives est franchie et l'on voit éclater tous les accidents redoutables du charbon interne. Les deux observations suivantes, relatées par Œmler dans

(1) Consulter à ce sujet : Delafond. *Traité sur la police sanitaire des animaux domestiques*, Paris, 1839, p. 504. — Heusinger. *Die Milzbrandkrankheiten der Thiere und des Menschen*, Erlangen 1850, p. 413-438.

(2) Collin. *L'ingestion de la chair provenant de bestiaux atteints de maladies charbonneuses peut-elle communiquer ces affections à l'homme et aux animaux ?* (C. R. de l'Académie des sciences, 1869. T. 69, p. 135).

(1) Raynal. *Traité de la police sanitaire des animaux domestiques*, p. 132.

(2) Decroix. *Soc. centr. de méd. vétér.*, séance du 10 août 1871, in *Recueil de méd. vétérin.*.

(3) Sanson. *La viande des animaux atteints de charbon*, (*Archives vétérin.* Paris, 1876, p. 201).

(4) Boutet (de Chartres). *Usage de la viande provenant d'animaux atteints de maladies charbonneuses.* (*Ibid.*, p. 41).

un de ces mémoires, en sont des exemples ; je les reproduis ici, car ils sont tout à fait démonstratifs.

Obs. I. — « A la fin d'octobre, un journalier trouva sa vache pleine, achetée depuis peu, très malade. Comme il avait déjà, dans ces dernières années, perdu très rapidement quelques vaches et chèvres, il se décida sans hésiter à faire abattre l'animal. La viande fut en grande partie vendue, par petites fractions, à bas prix, à de pauvres gens. Le frère du propriétaire, ouvrier de 45 ans, de constitution assez faible, mangea, presque immédiatement après que l'animal fut abattu, un assez grand morceau de foie, *mal rôti*. Deux jours après, il tomba malade avec de violents vomissements et des douleurs de ventre atroces. Environ 60 heures après, la mort survint, après l'apparition de diarrhée sanglante, de refroidissement et cyanose de la peau, en pleine connaissance. Il fut impossible d'obtenir l'autopsie, ni même de prendre du sang du sujet.

« Immédiatement après le début de la maladie de cet homme, je fus chargé d'examiner la viande qui restait. Outre les autres caractères du charbon, tels que l'hypérémie, des hémorrhagies, des infiltrations gélatineuses, j'y constatai la présence de nombreuses bactéridies charbonneuses.

« D'autres cas de charbon ne se produisirent pas, quoique la plus grande partie de la viande ait été mangée par plus de 50 personnes et que, lors de la mise à mort de l'animal, plus de 15 personnes y aient aidé, dont plusieurs avaient même des écorchures aux mains ».

Obs. II. — Chez un fermier, un dimanche matin, un bœuf fut trouvé mourant et à demi asphyxié à l'écurie ; on l'abattit aussitôt et la viande fut répartie entre les ouvriers et les domestiques qui eurent soin d'enfouir aussitôt les viscères, afin d'empêcher le propriétaire de reconnaître la nature de la maladie. Après l'abattage, un valet de 26 ans, très vigoureux, absorba une forte quantité de viande crue, finement hâchée, prélevée sur le muscle *longissimus dorsi*. Trente-six heures après, violent frisson, mal de tête et de ventre, malaise et très léger vomissement. Bientôt survinrent de l'anxiété précordiale, une diarrhée sanglante, du collapsus, de la cyanose et, exactement trois jours après l'ingestion de la viande, la mort.

L'autopsie ne put être faite, mais sur le cadavre, six heures après la mort, on put retirer de la veine médiane du bras gauche du sang de consistance de gelée, riche en globules blancs et renfermant des bactéridies en petit nombre. Ce sang fut injecté, à la dose de 15 gouttes, à deux agneaux d'un an, petits mais vifs ; ils demeurèrent parfaitement sains en apparence pendant 40 à 45 heures, mais au bout de 46 à 50 heures, ils étaient morts ; l'autopsie révéla les lésions les plus accusées de charbon, notamment une urine fortement sanglante et chargée de bactéridies dans la vessie et de la bile sanglante ; le sang pris sur les deux cadavres des agneaux contenait de nombreuses bactéridies.

« J'examinai également la viande restante du bœuf et j'y constatai de nombreuses bactéridies. D'autres cas de maladie ne furent pas constatés, quoique 10 personnes, ayant des excoriations aux mains, aient pris part à l'abattage de l'animal, et que 80 personnes aient mangé la plus grande partie de la viande ». (1).

J'ai reproduit ces deux faits avec tous leurs détails, parce qu'ils nous donnent une idée de la manière dont les choses se passent à la campagne, où n'existe aucune police de la boucherie, et où un grand nombre d'animaux charbonneux sont frauduleusement livrés à la consommation ; si, néanmoins, de semblables accidents sont très rares dans nos contrées, cela tient à ce que, chez nous, les paysans n'ont pas, comme en Allemagne, l'habitude de consommer la viande crue ou saignante.

Dans les grandes villes, à Paris notamment, il arrive parfois que l'on saisisse des viandes charbonneuses. Un animal charbonneux est rarement conduit vivant à l'abattoir et, quand ce fait se présente, rien n'est plus facile à l'inspecteur chargé du service que de reconnaître la maladie, aux signes caractéristiques que présente l'autopsie ; mais le danger vient d'ailleurs.

« Voici, dit M. Boutet, comment les choses se passent ordinairement. Le sang de rate est reconnu par les gens de la ferme ; on voit que la vache ou le mouton malade va succomber et, quelques heures, quelques minutes avant la mort, on s'empresse d'aller chercher un boucher spécial qui tue l'animal, le prépare, le coupe par quartiers et l'expédie alors à Paris. Toutes ces opérations se font en cachette, bien entendu. C'est la nuit, autant que possible, que le boucher est appelé, c'est pendant la nuit surtout qu'il exécute son travail clandestin ; c'est la nuit que la viande est conduite au chemin de fer le plus rapproché et cette viande arrive ainsi à la ville le matin, pour l'heure de la vente à la criée. Le cultivateur et le boucher ne peuvent pas, dans l'espèce, arguer d'ignorance ; il ont vu, avant de le tuer, l'animal rendant du sang par le nez, le fondement et même la vulve si c'est une femelle ; ils ont vu, en le tuant, la saignée baveuse, peu abondante ; ils ont vu, après l'avoir dépouillé et préparé, le tissu cellulaire injecté, la vessie pleine d'urine sanguinolente, les intestins gorgés de sang, la rate gonflée, diffluente, noire, etc. etc. Dans ce cas, qui se répète plus souvent qu'on ne le croit, la culpabilité du cultivateur et du boucher ne peut être niée par personne ». (1)

Loin de faire des vœux pour adoucir les règlements de police qui interdisent l'usage de la viande charbonneuse et qui poursuivent ceux qui sciemment la mettent en vente, il y a donc lieu de les maintenir dans toute leur rigueur, de bien assurer le service d'inspection des viandes qui est expédiée abattue dans les grandes villes et de sévir contre les cultivateurs peu scrupuleux qui n'hésitent pas à livrer à la consommation des habitants de ces villes des viandes charbonneuses (2). Grâce aux mesures de police sanitaire actuellement en vigueur à Paris, le nombre des viandes charbonneuses mises en vente à la criée des halles centrales est chaque année décroissant ; d'après les chiffres qu'a bien voulu me communiquer M. Villain, inspecteur général de la boucherie, le charbon bactéridien n'a été constaté en 1886, aux halles, que sur neuf animaux, six bœufs et trois moutons. Il y a quelques années encore, la pustule maligne était assez fréquente chez les porteurs de viande à la halle ; on l'observait surtout à la nuque et sur les côtés du cou ; du reste, afin de diminuer les chances d'inoculation, les forts sont maintenant pourvus de couvre-nuque, attachés à la casquette.

Autres causes de charbon interne. Les faits qui précèdent montrent que la pénétration de bactéridies dans le tube digestif peut entrainer à sa suite, chez l'homme, un véritable charbon interne, mortel. Ces cas, cependant, constituent l'exception ; l'ingestion de viandes charbonneuses, dans un grand nombre de cas, est inoffensive pour l'homme, ainsi que pour certains animaux, les carnivores notamment, grâce à la destruction rapide des bactéridies par l'action du suc gastri-

(1) Emler. *Experimentelle Beiträge zur Milzbrandfrage.* (*Arch. f. wissensch. und pract. Thierheilkunde*, 1876, Heft 4, p. 277-78).

(1) Boutet. *Loc. cit.*, p. 50.

(2) Les hommes du métier savent reconnaître assez facilement une viande charbonneuse, malgré l'absence des viscères qui sont les principaux indicateurs du mal ; la chair est molle, friable, parsemée de taches ecchymotiques ; elle laisse suinter, par les ouvertures des vaisseaux, un sang noir ; les ganglions lymphatiques des flancs, de l'aine et surtout les ganglions mésentériques sont noirs, infiltrés ; la plèvre et le péritoine sont injectés, etc. Une viande qui présente ces caractères doit, en tout état de choses, être confisquée comme malsaine ; tous les doutes seront levés, si l'examen microscopique du sang révèle la présence de bactéridies et si, en inoculant un peu de ce sang à un ou plusieurs lapins, on les voit périr du charbon.

que. La pénétration dans les voies digestives ou respiratoires des spores du bacillus anthracis est beaucoup plus redoutable; c'est par ce mécanisme que se produisent la plupart des cas de charbon interne observés chez l'homme; je me contente de cette simple mention, me réservant de revenir en détails sur ce point quand il sera question des faits de *mycose intestinale*, de maladie des chiffonniers (*Hadernkrankheit*), de maladie des trieurs de laine (*woolsorters'disease*) que nous savons aujourd'hui rentrer dans le cadre des affections charbonneuses, le plus souvent professionnelles, dans lesquelles la porte d'entrée, au lieu d'être cutanée, est intestinale ou pulmonaire. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE

Persistance du canal de Muller. — Hydronéphrose du rein et de l'uretère droits. — Pyélonéphrite calculeuse du rein gauche très hypertrophié (*fin*) (1);

Par M. le Dr RELIQUET.

La rédaction de mon observation était faite lorsque je montrai la pièce à M. le professeur Mathias Duval (2). Il me démontra, par des faits antérieurs publiés dans le Journal d'Anatomie de Ch. Robin, entre autres par un fait (1878) de MM. Rémy et Barth, que le conduit anormal qui vient de la capsule surrénale se terminer dans la poche du plancher de la vessie est bien un canal de Muller persistant et non un second uretère.

Dans les trois faits de persistance du canal de Muller chez l'homme, publié dans le journal de Ch. Robin, les troubles fonctionnels de l'émission de l'urine n'ont pas permis au sujet de vivre longtemps. Celui qui a été observé par M. Barth, pendant la vie, et dont la description anatomique a été faite par M. Rémy, est mort à cinq ans. La planche nous montre que le canal de Muller est ouvert largement au sommet du trigone vésical. L'ouverture oblongue se continue dans l'urèthre jusqu'au niveau du veru-montanum. Cette disposition a fini par provoquer, après des rétentions d'urine qui ont nécessité le cathétérisme, une suppuration de la vessie et une intoxication mortelle.

Chez notre malade la cavité du canal de Muller ne communiquait presque pas avec les voies urinaires. Au moment de l'autopsie seulement, en pressant sur la large cavité de ce canal qui soulevait le trigone vésical et se prolongeait jusqu'au veru-montanum, j'ai vu sourdre par les deux orifices des canaux éjaculateurs un liquide noir, semblable à celui que j'ai trouvé ensuite dans la poche; mais en disséquant je n'ai pas pu trouver la communication avec les canaux éjaculateurs. Ainsi au point de vue pathologique il n'y avait pas communication du canal de Muller avec les voies urinaires, l'urine n'a jamais pu refluer dans ce canal, et une des causes d'inflammation et d'irritation qui, dans le fait de MM. Rémy et Barth, a provoqué les accidents mortels était ainsi écartée. Mais cette poche inférieure du canal de Muller U D² V² (*fig.* 18) fermé comme un kyste, comprime d'arrière en avant l'extrémité inférieure de l'uretère droit U D, en oblitère le conduit. De là, dilatation de cet uretère, de là la compression de dedans en dehors du rein, de là l'hydronéphrose de tout l'appareil rénal droit. Tel que nous le voyons, ce rein droit réduit à l'état d'une coque ayant encore un peu de parenchyme rénal dans ses parois ne rendait aucun service à l'organisme général; il ne produisait qu'une faible quantité d'urine mais certainement il en produisait. Ce liquide, en s'accumulant dans le rein et l'uretère, y développait une tension de plus en plus grande qui arrivait forcément à combattre la compression de l'extrémité inférieure de l'uretère; à ce moment une partie du liquide de l'hydronéphrose pénétrait dans la vessie, et cela jusqu'à ce que la tension dans la poche réno-uretérale fût inférieure à celle du liquide contenu dans cette section inférieure du canal de Muller. De là les urines noires infectes que le sujet rendait de temps en temps, le trop-plein de l'hydronéphrose s'évacuant.

Voilà un sujet qui s'est très bien développé, qui a vécu jusqu'à 40 ans sans éprouver de gênes sérieuses du côté des voies urinaires et qui cependant portait un appareil rénal droit, siège de troubles fonctionnels considérables, puisque les parois de la cavité réno-urétérale étaient incessamment soumises à une compression interne due à la tension du liquide accumulé; il est vrai que cette tension ne pouvait pas dépasser celle du liquide contenu dans la poche inférieure du canal de Muller, qui ici était une véritable soupape de trop-plein. Cette limite fixe, toujours la même, de la tension du liquide de l'hydronéphrose, explique pourquoi le sujet n'a pas souffert de son appareil urinaire droit; il s'était établi là par accoutumance une fonction d'expulsion spéciale inconsciente pour le sujet; il savait que de temps en temps il rendait une urine noire sentant mauvais, mais rien avant cette expulsion ne lui faisait prévoir qu'il allait rendre de semblables urines.

La persistance du canal de Muller en constituant cette poche V² (*fig.* 18, 19) a modifié complètement la disposition du plancher vésical. Le trigone n'existe pas, et surtout il n'y a pas ce faisceau musculaire de la base du trigone, aux extrémités externes duquel sont les orifices des uretères dans la vessie. Les uretères avant d'arriver à la vessie ne traversent pas obliquement la paroi vésicale et leurs orifices n'ont pas leurs lèvres antérieures tendues et par celà même appliquées contre leurs lèvres postérieures par un faisceau musculaire. En un mot l'appareil mécanique qui empêche normalement le contenu de la vessie de refluer dans les uretères n'existe pas. Les uretères s'ouvrent directement par des orifices ronds, larges, très apparents dans la cavité vésicale, et la libre communication du contenu de la vessie avec les uretères est complète. Ainsi, comme je l'ai dit, un gros stylet de trousse entre facilement dans les orifices O D et O G (*fig.* 18, 19). Du côté de l'uretère droit, la compression par la poche du canal de Muller U D² V² empêche le liquide contenu dans la vessie de refluer vers le rein et certainement cette disposition a empêché les parois de l'appareil rénal droit de s'enflammer, de s'irriter et de devenir un véritable foyer d'infection pour l'organisme général.

Mais, du côté de l'appareil rénal gauche, le reflux du contenu de la vessie était complet, et là on peut dire que la cavité de l'appareil rénal gauche et celle de la vessie ne faisaient qu'une. C'est sûrement à cette disposition anormale que sont dus en grande partie les accidents qui ont amené la mort, c'est-à-dire les calculs rénaux, la pyélo-néphrite et la sclérose ascendante du rein.

Ici on ne peut pas attribuer à la rétention d'urine la dilatation des orifices des uretères dans la vessie, car il n'y a pas de dilatation anormale de l'uretère et de la

(1) Voir *Prog. méd*, n° 11, 1887.
(2) M. le professeur Mathias Duval, dans un travail ultérieur, traitera le côté tératologique de ce fait. Ici, je ne m'occuperai que des conséquences pathologiques de cette anomalie.

cavité du rein gauche, et de plus d'après leur organisation anatomique les extrémités inférieures des uretères sont certainement telles qu'elles étaient à la naissance; enfin chez ce sujet nous ne relevons de la difficulté pour uriner qu'à l'âge de quatre ans et cet accident si ancien n'a pas été suivi de troubles fonctionnels appréciables.

Le rein gauche était placé tout à fait derrière les dernières côtes; il ne dépassait pas en bas la douzième côte, et là, dans une position oblique, son bord externe regardant en haut et en dehors; il était intimement fixé aux parties voisines, non qu'il y eût des adhérences de formation nouvelle inflammatoire, mais il était là absolument immobilisé dans les tissus sains. Ainsi s'explique pourquoi pendant la vie nous n'avons jamais pu le sentir, le prendre entre nos deux mains. Nous n'avons jamais constaté que de la sensibilité à la pression faite avec les doigts, dans ce que j'appelle le triangle rénal, c'est-à-dire dans l'angle formé par le bord inférieur de la 12e côte et le bord externe de la masse lombaire.

Cette position anormale du rein en dehors de la masse graisseuse et au-dessus d'elle explique pourquoi ce rein très volumineux, en raison de son fonctionnement supplémentaire, étant seul pour satisfaire au besoin de l'organisme général et en raison des nombreux calculs qu'il contient, n'est pas devenu mobile comme cela est presque la règle dans les cas ordinaires de rein volumineux et lourd. Ce fait montre aussi la difficulté possible d'examiner les reins dans ces cas de position anormale.

L'impossibilité de sentir le rein gauche, siège des coliques néphrétiques, et aussi ce fait si exceptionnel de l'absence absolue de tous accidents de coliques néphrétiques du côté droit chez un sujet graveleux depuis longtemps, me laisse des doutes sur la valeur fonctionnelle du rein droit, doutes que j'ai manifesté souvent à la famille. Ces raisons m'ont empêché de tenter le débridement du rein pour faire cesser les accidents de coliques néphrétiques, surtout les vomissements, ainsi que je l'ai dit dans une communication au Congrès des Chirurgiens français de 1886.

Les sept calculs que nous voyons dans le rein (*fig.* 18) et qui sont représentés isolément (*fig.* 19) se sont développés dans les calices comprimant le tissu du rein, s'y faisant par compression des loges à mesure qu'ils se développent; il en résulte qu'ils n'ont jamais été réellement mobiles les uns sur les autres. Les légers frottements qu'ils ont eus les uns sur les autres ont suffi pour maintenir lisses leurs surfaces de contact, mais rien de plus.

La fixité du rein d'une part, l'immobilité réciproque des calculs contenus dans ce rein d'autre part explique pourquoi chez ce sujet, jamais les mouvements communiqués par la voiture ou la marche n'ont provoqué de douleur dans le rein ou des hématuries.

Ici on peut se demander si toutes ces altérations du rein gauche, de ce rein unique au point de vue fonctionnel, n'ont pas pour cause première la communication facile de la vessie avec la cavité du rein. Ces calculs sont essentiellement formés par des éléments calcaires d'origines alcalines, du phosphate ammoniaco-magnésien et du carbonate de chaux qui prédominent, puis de l'urate de chaux. Leur développement a dû être rapide dans les derniers temps en raison de la pyélonéphrite. Enfin le rein est devenu insuffisant par le développement de la sclérose allant de la surface interne du rein au parenchyme.

Ce fait nous montre encore combien l'organisme peut s'habituer à un état pathologique localisé. Tous les jours nous voyons des malades atteints d'affections chroniques des voies urinaires qui se maintiennent, côtoyant constamment les accidents d'intoxication urineuse les plus graves, finissant par avoir des reins tellement insuffisants qu'ils ne peuvent vivre qu'à la condition de ne se nourrir que de lait. Voilà un fait où depuis la naissance les troubles fonctionnels existaient et le rein gauche suppléait à tout. Un liquide infect était de temps en temps évacué par la vessie et l'urèthre. La vessie communique facilement avec le seul appareil rénal droit, qui fonctionne. Malgré ces conditions si défavorables le sujet se développe parfaitement, est d'une grande activité, est arrêté non par une intoxication brusque, violente, mais par la pyélo-néphrite, après avoir fait sept calculs volumineux dans le rein, et surtout par une sclérose rénale ascendante, provoquant une insuffisance rénale en tout semblable à celle que nous avons décrite (*Leçons sur les stagnations d'urine*, 1885) chez le sujet atteint d'affection ancienne des voies urinaires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Réforme du concours d'agrégation.

Dans sa séance du 10 mars dernier, l'Assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a discuté les conclusions du Rapport présenté par M. Grancher, au nom d'une Commission composée de MM. Brouardel, Grancher, Lannelongue, Mathias Duval et Vulpian, sur les réformes à apporter dans le concours de l'agrégation. Après une discussion qui, dit-on, aurait été assez vive, les conclusions du Rapport ont été adoptées et, à l'avenir, les candidats auront à subir les épreuves indiquées dans le programme suivant :

Article premier. — Les *épreuves d'admissibilité* sont au nombre de deux. La *première* est une *leçon orale* de trois quarts d'heure portant sur un sujet de pathologie interne ou externe pour le concours de médecine et de chirurgie, sur un sujet d'anatomie et de physiologie, sur un sujet de physique, de chimie, d'histoire naturelle, pour ces concours spéciaux. Le candidat préparera cette épreuve sous la surveillance d'un compétiteur et sans le secours d'aucun livre. Trois heures sont accordées pour cette préparation.

La *deuxième épreuve* est un *exposé des travaux scientifiques* du candidat, fait par le candidat lui-même en séance publique et solennelle. Le jury fixera, pour chaque concours, la durée de cette épreuve qui ne pourra pas être de moins de 20 minutes.

Art. 2. — Les *épreuves d'admission* sont au nombre de deux. La *première* est une *leçon orale* de une heure après vingt-quatre heures de préparation libre. La *deuxième* comprend une ou plusieurs *épreuves pratiques*.

Pour la médecine et la chirurgie, elle portera sur un ou deux malades choisis par le jury. Le candidat, sous la surveillance d'un compétiteur, étudiera les malades en utilisant à son gré les ressources du laboratoire mises à sa disposition.

Pour le concours d'anatomie et de physiologie, pour le concours des sciences naturelles, une ou plusieurs épreuves à la fois théoriques ou pratiques termineront le concours.

Le jury aura toute latitude pour déterminer le nombre, la nature et la durée de ces épreuves dans chaque ordre d'agrégation.

Comme on le voit, les épreuves sont sensiblement réduites, et avec raison; l'épreuve d'anatomie et de physiologie ainsi que la thèse sont supprimées. Personne ne s'en plaindra, ni les candidats ni les juges. La durée des concours et partant les fatigues qu'ils entraînent, seront abrégées. La thèse est remplacée par un exposé des travaux scientifiques personnels des candidats. C'est là une innovation des plus heureuses. Elle obligera tous les futurs concurrents à ne plus se borner au travail mécanique des concours qui les contraignait, en quelque sorte, à délaisser les recherches scientifiques, aussi bien les recherches cliniques que les travaux de laboratoire. Autrefois, il était

dangereux, dans une certaine mesure, selon les jurys, d'avoir conquis déjà une certaine notoriété. La nécessité, qui s'impose aujourd'hui, va modifier les habitudes de travail des futurs candidats. Dès l'internat, il faudra songer à se créer des titres sérieux. Non seulement la science y gagnera, mais encore les chefs de service et les malades qui seront mieux observés, mieux étudiés et, par conséquent, mieux soignés. Les laboratoires créés par la Faculté de médecine et par l'Assistance publique, sous l'impulsion du Conseil municipal, seront enfin utilisés d'une manière avantageuse. La Faculté n'a pas jugé utile de faire discuter l'exposé des travaux des candidats par leurs compétiteurs, ainsi que nous l'avons proposé; nous le regrettons, car cette argumentation fournissait l'occasion de mettre en relief certains côtés de leurs facultés intellectuelles et aussi d'apprécier l'étendue de leurs connaissances. Il est arrivé, maintes fois, de voir l'argumentation modifier non seulement l'ordre de nomination, mais même les nominations et en imposer qui n'entraient pas dans les combinaisons du jury. Ce regret exprimé, nous ne pouvons qn'applaudir aux décisions de la Faculté qui donnent une juste satisfaction aux réclamations dont le *Progrès médical* s'est fait si souvent l'écho, et nous avons le ferme espoir que le Conseil supérieur de l'instruction publique n'hésitera pas à les ratifier.

Quelques notes sur l'hospitalisation des vénériens en province.

La récente révolte des vénériens de l'Antiquaille de Lyon (p. 240) a de nouveau attiré l'attention du public médical sur l'organisation défectueuse des services hospitaliers affectés aux maladies vénériennes. A de trop rares exceptions près, la plupart de ces services sont encore, à notre époque, de véritables prisons, et si, dans les grandes villes, comme Lyon, Paris, etc., nombre de vénériens sont admis dans les services hospitaliers ordinaires, ce n'est là encore qu'une tolérance, mais, au moins, dans ces villes, les hôpitaux spéciaux ont subi des améliorations notables, tant au point de vue hygiénique qu'à celui du traitement. Les moyens de coercition et de correction ont disparu, tout au moins officiellement, et nous sommes loin du temps où l'on fouettait, à Bicêtre, ces malheureux malades, à leur entrée et à leur sortie, et les cachots, si chers à M. Arm. Desprès, ne sont plus en usage, sauf peut-être à Saint Lazare.

Ce n'est pas à dire, toutefois, que ces nouvelles léproseries, avec toutes leurs horreurs, aient totalement disparu du territoire français. Hélas! non, et nous pourrions citer un grand nombre d'exemples. Nous nous contenterons, aujourd'hui, de quelques-uns.

A Nancy, les vénériennes sont reléguées dans une aile des vieux bâtiments de la Maison-de-Secours. Le service contient environ de 40 à 50 malades; c'est, comme toujours, une prison, avec des Sœurs comme gardes-chiourmes; il se compose d'un dortoir bas, assez sombre, d'un ouvroir, d'une cour étroite, humide, de bains (si l'on peut donner ce nom au réduit infect où sont les deux baignoires), de cabinets d'aisance situés dans la cour, servant en même temps de cabinet de toilette à tous les usages. Le tout est dans un état pitoyable et M. Spillmann, le chef du service, en pourrait dire long, s'il consentait à parler, sur les us et coutumes administratives à l'égard du service hospitalier et de l'organisation du dispensaire (1).

(1) A Reims, le service des vénériennes (20 lits) est moins défectueux, mais cependant encore dans un état déplorable ; les salles sont calfeutrées ; il existe une petite cour et une petite salle de bains contenant quatre baignoires. La séquestration empêche la plupart des malades libres de venir à l'hôpital y réclamer des soins.

Cet état de choses peut cependant s'expliquer, pour certaines personnes, par la raison qu'il s'applique à une catégorie spéciale de femmes dont le rôle officiel est de satisfaire à tous les besoins génésiques du sexe mâle ; mais que penserait-on, dans certains milieux éclairés, d'un traitement analogue appliqué à des hommes qui, de leur propre mouvement, viennent demander à se faire traiter dans un hôpital? Et c'est cependant ce qui existe, en pire, si possible, à l'hôpital de Clermont-Ferrand. Le service des vénériens y est une curiosité, mais aussi une infamie; demandez plutôt à M. le Dr Terrier, le savant et habile chirurgien de l'hôpital Bichat, qui l'a également visité. Le chef de ce service est ou était un certain Dr Fleury, ex-directeur de l'Ecole, ex-professeur de clinique chirurgicale, encore chirurgien de l'hôpital, malgré son âge et ses procédés antidiluviens (il s'agit de ses méthodes de pansement qui réjouiraient le chirurgien aux pansements sales). Que ne le met-on à la retraite, pour le peu de jours qu'il lui reste à vivre, dans une salle de vénériens.

Qu'on se figure une pièce carrelée, sale, contenant 15 lits, où l'on entre par une porte verrouillée, grillée, où se trouvent quelques malades y séjournant sans cesse sous l'œil d'un gardien solide, qui, tout en reconnaissant le peu de confort de l'endroit et la sévérité des mesures appliquées, a cru devoir en accuser le peu de sagesse de ses pensionnaires (!). Là n'existent ni préau, ni galerie, ni promenoir (1) ; la literie se compose du rebut de celle de l'hôpital. Les draps, maculés d'onguent napolitain, etc., ne sont renouvelés qu'au bout d'un mois, à ce que nous ont affirmé les malades en présence du geôlier, qui n'a rien rectifié. Attenant à cette salle se trouve une *chambre de correction*, contenant 4 lits ou grabats et des lieux d'aisance impossibles à décrire, uniques dans leur genre, dont les odeurs refluent sans cesse jusque dans la salle. On sort de là écœuré par la vue de cette ancienne léproserie, et il ne s'agit ici que de malades volontaires. Nous n'avons malheureusement pu visiter le service des vénériennes, mais, à coup sûr, celles-ci, plus coupables assurément aux yeux catholiques de l'Administration et des Sœurs, ne peuvent être traitées avec autant d'égards.

Qu'on s'étonne ensuite que de semblables procédés fassent éclater de temps à autre des révoltes parmi les habitants de ces bagnes; mais c'est la résistance ouverte, permanente qui seule se conçoit.

(1) Il en existe un à la salle contiguë affectée aux vénériens militaires qui, à tous les points de vue, sont heureusement beaucoup mieux traités. Nous en félicitons nos collègues de l'armée.

Concours des hôpitaux de Nantes : Protestations.

Des incidents tumultueux se sont produits à l'Ecole de médecine de Nantes à propos d'un concours pour une place de médecin des hôpitaux. Le *Phare de la Loire* les raconte ainsi :

Le concours avait excité une grande curiosité et avait été très assidûment suivi. Des bruits fâcheux circulaient déjà dans l'auditoire pendant le concours. On ne croyait pas à l'impartialité du jury, qu'on accusait d'être acquis d'avance à l'un des candidats; on signalait des erreurs commises au courant de l'examen et non relevées : on commentait beaucoup la présence dans le jury d'un membre qui avait eu récemment une vive altercation avec l'un des candidats. A l'issue du concours, les assistants donnaient incontestablement le premier rang au docteur Ledue. Quelle ne fut pas leur surprise en entendant prononcer par le président le classement suivant : M. le docteur Ollive, 1er avec 65 points ; M. Perochaud, 2e avec 63 points ; M. Leduc, 3e avec 62 points. Ce résultat fut accueilli par une bordée de sifflets, de huées et d'exclamations variées. M. Gé-

nevois, président du jury, ayant menacé de faire évacuer la salle, les sifflets redoublèrent ainsi que les cris : « A bas le jury ! à bas Ollive ! vive Leduc ! » A leur sortie, les juges furent poursuivis par des huées, tandis qu'un grand nombre d'étudiants accompagnèrent le docteur Leduc aux cris de : « Vive Leduc ! à bas le jury ! »

Nous avons reçu de Nantes une lettre qui confirme ce récit et qui se termine ainsi : « En résumé, il y a là des faits de nature à motiver une enquête sérieuse, avant de donner aux résultats du concours une consécration officielle. »

Les *concours publics* constituent assurément, au moins quant à présent, le meilleur mode de recrutement pour les places dont disposent les diverses administrations. Mais, par malheur, comme on le voit par l'incident de Nantes, ils n'offrent pas toujours toutes les garanties que l'on est en droit d'en attendre. Il est indispensable, à notre avis, qu'un procès-verbal des discussions qui suivent chaque épreuve, discussions auxquelles devrait toujours assister un représentant autorisé de l'administration compétente, soit dressé après chaque séance et mis à la disposition des personnes qui voudraient le consulter. Il est non moins indispensable que les points soient donnés à la suite de toutes les épreuves et que, à la fin de chaque concours, un rapport détaillé soit fait sur l'ensemble du concours et mis à la disposition du public.

Laïcisation de l'hôpital Trousseau.

Le *Conseil de surveillance de l'Assistance publique*, dans sa séance du 17 mars, a donné un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Trousseau. En conséquence, dans quelques semaines, les 20 religieuses de la congrégation de St-Vincent-de-Paul seront remplacées par des surveillantes laïques. Sur les *trente* hôpitaux et hospices de Paris, il n'en restera plus que cinq à laïciser et les moins importants, quant au nombre des religieuses ; ce sont : l'hôpital Beaujon (20 religieuses), Lariboisière (27 R.), la Charité, (18 R.), St-Louis (25) et l'Hôtel-Dieu (21), soit en tout 111 religieuses. Le personnel nécessaire pour leur remplacement existe, car il y a aujourd'hui plus de deux cents élèves infirmières dans les Écoles municipales de Bicêtre, la Pitié et la Salpêtrière. Nous comptons, avec confiance, sur M. Peyron, pour terminer cette année la réforme de la laïcisation des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mars 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. S. Arloing démontre que *les spores du bacillus anthracis sont réellement tuées par la lumière solaire*, contrairement à l'opinion de MM. Nocard et Strauss, qui pensent que l'action des rayons solaires s'exerce, non pas sur les spores, mais sur le jeune mycelium, issu de ces spores pendant la durée de l'insolation. M. Arloing maintient les ballons fécondés avec des spores vigoureuses à des températures qui rendent impossible la germination des spores, pendant qu'on les soumet aux rayons solaires; ainsi placées dans des conditions où il leur est impossible de donner un mycelium, les spores, semées dans du bouillon, sont stérilisées par le soleil en un temps très court, variable suivant la saison. Le soleil détruit aussi les spores dans l'eau ; seulement il lui faut plus de temps pour achever son œuvre dans ce milieu que dans le bouillon.

M. P. Pourquier indique une nouvelle méthode *d'atténuation du virus de la variole ovine*. Pour avoir une pustule donnant l'immunité, sans exposer l'animal à une éruption secondaire, il faut prendre la pustule évoluant du onzième au douzième jour : les pustules évoluant en huit jours ne confèrent pas une immunité complète. Avec cette nouvelle pustule (du onzième au douzième jour), on peut donc inoculer l'animal sans lui faire contracter la variole : le virus est transformé en vaccin.

M. L. Van den Driefsche adresse une note relative à la maladie connue, dans l'Extrême-Orient, sous le nom de *Beri-beri*. Il croit pouvoir attribuer cette maladie à l'usage du riz importé de Chine et propose d'interdire la consommation de ce riz dans les possessions françaises.

M. Berthelot continue ses recherches sur la *fixation directe de l'azote gazeux de l'atmosphère par les terres végétales*, avec le concours de la végétation. La fixation de l'azote libre de l'atmosphère s'opère par la terre végétale, laquelle est très probablement l'intermédiaire principal de la fixation de l'azote libre dans les tissus des animaux supérieurs. Les plantes elles-mêmes ne fixent pas l'azote libre, mais au contraire mettent en liberté l'azote combiné. La culture intensive affaiblit la richesse de la terre en épuisant les réserves d'azote et autres éléments actifs contenus dans le sol, plus rapidement qu'elles n'y sont rétablies par les actions naturelles.

M. Balbiani, à propos d'une communication récente de M. Donnadieu, insiste sur ce fait que le *cycle biologique du phylloxera du chêne* suit des phases parallèles à celles de l'arbre qui le nourrit.

MM. G. Pouchet et de Guerne étudient la *nourriture de la Sardine.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 mars 1887. — Présidence de M. Grimaux.

MM. Charrin et G.-H. Roger communiquent le résultat d'expériences faites au laboratoire de M. Bouchard et établissant le *degré toxique de l'urine* chez divers animaux. D'après les auteurs, le lapin sécrète, par kilogramme et par 24 heures, de quoi tuer, 4 k. 184 ; le cobaye, 5 k. 663 ; le chien, 3 k. 317. Dans les mêmes conditions, l'homme n'est capable de tuer que 0 k. 461. Les auteurs ont établi, de plus, que l'inanition diminue notablement le pouvoir toxique de l'urine, qui oscille alors autour de 1.600 gr. pour le lapin et le cobaye. Le fait le plus intéressant est l'influence du régime lacté ; les différences, suivant l'espèce en expérience, disparaissent, si l'on met les animaux à la diète lactée ; le toxicité diminue rapidement et ne dépasse pas 1.600 ou 1.800 gr. Ce résultat ne doit pas être perdu de vue. Quand on veut étudier les variations de la toxicité urinaire, dans les diverses maladies ; enfin, c'est la démonstration scientifique d'un fait empirique bien connu : l'influence de la diète lactée dans les maladies où l'intoxication joue un rôle, et particulièrement dans l'urémie.

M. Mathias Duval a étudié, depuis deux ans, à la suite de la communication de M. Curie, les particularités que présente le placenta du cobaye. Chez les rongeurs, on observe l'inversion des feuillets, bien étudiée par Selencka. Cet observateur a montré que la partie adhérente du cylindre qui forme l'œuf, est formé du double feuillet ectodermique. Ce feuillet suspenseur (*trager*) adhérent à la matrice, reçoit ses vaisseaux directement de celle-ci ; on se trouve donc en présence d'une véritable greffe épidermique naturelle ; c'est l'inverse qui se passe dans les glandes épithéliales, comme le thymus, qui ont des vaisseaux propres. L'auteur a étudié encore un grand nombre de particularités qui feront l'objet de communications ultérieures.

M. Retterer a étudié le mode de développement du pigment dans la peau des mammifères. Ce pigment se développe d'abord dans les couches épithéliales superficielles et gagne, peu à peu, en profondeur, les cellules périvasculaires.

M. Frédéric (de Liège), membre correspondant, qui assiste à la séance, offre un volume renfermant les travaux faits à son laboratoire.

M. Gréhant dit qu'en réclamant la priorité pour la méthode d'anesthésie par l'acide carbonique, M. Ozanam a fait une revendication parfaitement légitime. Néanmoins,

le procédé qu'il préconise lui paraît peu applicable et l'on opère avec beaucoup plus de sûreté en se servant des mélanges titrés d'oxygène et d'acide carbonique, suivant la méthode de P. Bert. Le meilleur mélange est celui qui renferme 45 0/0 de CO^2? M. Gréhant décrit, à ce sujet, le dispositif d'un appareil qui lui a donné d'excellents résultats.

M. Pouchet fait hommage à la Société d'un volume sur la vie et les travaux de son maître, Ch. Robin. — M. Gley remet une note de M. Nicolas (de Nancy), sur quelques *particularités de l'appareil copulateur du bélier.* — M. Grimaux remet une note de M. Hugonencq (de Lille), de la présence de *l'acide β-oxybutyrique dans le sang des diabétiques.*

M. Ch. Féré rappelle qu'il existe chez certains *hystériques* des *céphalées* fort douloureuses connues sous le terme général de clou hystérique. Ces céphalées constituent souvent l'*aura*, symptôme prémonitoire de l'attaque. Dans plusieurs cas, il a remarqué que la compression manuelle soulageait beaucoup les malades et pouvait même faire cesser complètement les douleurs; et même elle arrivait à retarder ou à faire avorter l'attaque par ce mécanisme, analogue à la compression du point ovarien, par exemple. Pour remplacer la compression manuelle, il a fait construire, par M. Aubry, un appareil qu'il présente à la Société, appareil qu'il a plusieurs fois expérimenté avec succès.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 *mars* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. le Président annonce à l'Académie *la mort de M. Sarrazin* (de Bourges) membre correspondant.

M. Féréol est nommé membre de la Commission des Eaux minérales, en remplacement de M. Gallard, décédé.

M. Perrin ne veut pas laisser passer la communication de M. Lagneau, relativement au *surmenage scolaire*, sans relever plusieurs inexactitudes concernant le recrutement des jeunes soldats. M. Lagneau fait observer que 460 conscrits sur 1,000 sont regardés comme impropres au service militaire. Il faut cependant distinguer trois catégories parmi ces 460 conscrits: les ajournés, dont l'organisation physique est provisoirement incomplète; les dispensés parce qu'ils sont fils aînés de veuve, de septuagénaire, etc.; les exemptés, enfin, qui rentrent dans le travail de M. Lagneau. Le nombre de ces derniers est relativement minime; en 1871: 11 0/0; en 1880 et en 1881, 10 0/0; en 1882 et 1883, 11 0/0. Le surmenage ne joue pas ici encore un rôle exclusif, car il faut compter avec les malformations diverses, les pieds-bots, les coxalgies... Tous ces chiffres étaient à peu près les mêmes avant 1820.

M. le Président annonce que la Commission du surmenage scolaire est ainsi constituée: MM. Lagneau, Dujardin-Beaumetz, Larrey, Bergeron, Proust.

M. Mesnet fait une remarquable communication sur *le somnambulisme spontané et sur le somnambulisme provoqué au point de vue médico-légal.* Cette communication est basée sur l'observation d'un malade appartenant au service de M. Mesnet; il s'agit d'un jeune homme, âgé de 19 ans, inculpé de vol. Ce jeune homme, dont la mère est hystérique, a depuis l'âge de 14 ans des accès de somnambulisme spontané aussi bien le jour que la nuit. Depuis cette époque, la mobilité de son esprit devient de plus en plus grande; il se livre à des excentricités multiples et finalement, au mois de novembre 1886, à la suite d'excès de femmes, il vole divers objets. A l'hôpital, on constate que ce jeune homme a de fréquents accès de somnambulisme spontané, et qu'il présente une analgésie et une anesthésie complète de la sensibilité générale et une abolition complète du goût et de l'odorat. Il est aisé de provoquer chez lui, par la fixation du regard, l'état de fascination hypnotique.

Pendant cet état de fascination hypnotique, on peut suggérer au malade des hallucinations très nombreuses de la vue et de l'ouïe. Pour le réveiller, il suffit de lui souffler vigoureusement sur la face. A l'état de veille, le malade ne garde aucun souvenir des actes accomplis par lui dans la période hypnotique; la mémoire de ces faits se rétablit lorsque le malade est de nouveau plongé dans l'hypnose. Or, ce jeune homme est accessible aux suggestions post-hypnotiques. Un jour on lui ordonna de prendre le lendemain la montre d'un externe du service de M. Mesnet, de mettre cette montre dans sa poche et de s'en aller immédiatement après. Le lendemain, à la visite, le malade est debout, immobile, et fixe les yeux sur la chaîne de l'externe; il s'hypnotise lui-même à la vue des nombreux brillants qu'il a devant les yeux. Après quelques tentatives infructueuses, il détache brusquement la clef de la boutonnière, retire la montre, la met dans sa poche et s'enfuit. On le réveille alors en lui soufflant sur les yeux; on lui révèle le vol dont il s'est rendu coupable et il proteste violemment de son innocence et fond en larmes. Voilà les faits. Leur importance médico-légale s'impose: il s'agit là d'actes inconscients qui ne laissent au réveil aucun souvenir.

M. Rochard, à l'occasion de l'*Inspectorat des Eaux minérales*, combat le récent rapport qui a été lu, au nom de la section des Eaux minérales par M. Vidal. Il propose la suppression de l'Inspection locale et la création de quatre inspecteurs généraux pour toutes les stations de France. M. Rochard établit son opinion sur les résultats minimes qui ont été obtenus avec le système actuel; il est impossible de placer un inspecteur local dans une situation telle qu'il ait à lutter contre le ou les propriétaires d'un établissement thermal; il est incontestable que la pratique de l'inspection locale n'a pas produit tout ce qu'on pourrait être en droit d'entendre. Les rapports annuels des inspecteurs sont d'une sobriété scientifique qui proclame éloquemment combien leur existence est superflue.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 *novembre* 1886. — Présidence de M. Cornil.

14. — M. Cousin présente des pièces provenant d'un malade entré à l'hôpital avec une *tumeur de la fosse iliaque* gauche, diagnostiquée par M. Peyrot *Adénite tuberculeuse;* assez longtemps après, le malade allait mieux, lorsqu'apparaissent des hématuries abondantes, puis du pus et des gaz, enfin des matières fécales dans les urines.

A l'autopsie, on trouve quelques rares tubercules dans les poumons. Il y a adhérence intime des anses intestinales dans la fosse iliaque gauche; la vessie contient des matières fécales; en arrière, elle communique avec une poche qui renferme dans ses parois des ganglions caséeux, et s'ouvre elle-même dans le gros intestin, très rétréci à ce niveau. Le cœcum, dilaté en raison de ce rétrécissement, a basculé en haut de façon à siéger dans l'hypochondre droit: on voit très bien la distension des ligaments cœcaux étudiés par M. Tuffier, dans une communication récente.

M. Picqué insiste sur ce fait que l'hématurie s'est produite isolément sans qu'il y ait eu, avant ni après, de cystite purulente. La pneumo-urie à gaz odorants est survenue ensuite, et la sortie des matières fécales par l'urèthre n'a été constatée que dans les derniers jours.

M. Cornil signale la rareté de cette ouverture double d'un foyer caséeux dans le rectum et dans la vessie. Il fait remarquer à quel point le cœcum distendu s'était renversé et élevé dans l'abdomen.

M. Tuffier a observé un nouveau fait de renversement du cœcum distendu et bridé par ses ligaments, à la suite d'une obstruction de l'intestin comprimé par une masse tuberculeuse.

15. M. Tuffier montre sur un fœtus de 5 mois un rein gauche de forme carrée, occupant son siège normal, et recevant outre l'artère rénale qui vient de l'aorte, une artère supplémentaire qui vient de l'iliaque primitive. L'autre rein est normal.

16. M. Bouygues présente des pièces qui proviennent d'un individu, alcoolique avéré, chez lequel on avait diagnos-

tiqué une gastrite alcoolique avec dilatation stomacale. Bientôt l'amaigrissement, l'apparition d'une tuméfaction rénitente au creux épigastrique, la teinte jaunâtre de la face, font reconnaître l'existence d'un *cancer de l'estomac*, en même temps qu'évolue une *tuberculose pulmonaire*.

A l'autopsie, on constate une tuberculose péritonéale généralisée, formant de véritables végétations sur l'épiploon épaissi et induré. L'estomac très rétracté a des parois épaisses d'un centimètre dans tous les points; il est englobé, du reste, dans une énorme tumeur qui contient en arrière le pancréas, et descend jusqu'au rein gauche, dans lequel on trouve des noyaux. On trouve de la lymphangite cancéreuse dans le poumon, et des nodules à la face pleurale du diaphragme.

M. Cornil fait observer qu'il ne paraît pas y avoir d'ulcération à la surface de la muqueuse stomacale ; le développement du cancer dans le grand épiploon et le péritoine permet de supposer que c'est là le point de départ et que l'estomac n'a été envahi que secondairement, de dehors en dedans.

17. Malformations chez un fœtus de 6 mois ; par M. Petecki, interne des hôpitaux.

Le cerveau, arrêté dans son développement, n'occupe que le tiers de la cavité crânienne; le corps calleux manque ; il y a une hydrocéphalie extraventriculaire considérable.

La partie inférieure de la colonne lombaire donne insertion, par un orifice de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à un spina-bifida formé d'une poche unique cloisonnée dans laquelle se perdent quelques filets nerveux de la queue de cheval.

Tenant probablement aux lésions de l'axe médullaire, on trouve que la peau des membres inférieurs et des fesses immédiatement au-dessous du spina-bifida recouvre une masse adipeuse extrêmement épaisse. En la disséquant, on voit que les grands et moyens fessiers manquent, que les muscles pelvi-trochantériens sont réduits à de simples filets musculaires, que les muscles de la cuisse atrophiés sont séparés par des masses graisseuses considérables, et qu'enfin les muscles des jambes et des pieds manquent presque totalement. On ne retrouve que quelques débris des muscles de la région postérieure de la jambe. Les membres supérieurs sont normaux.

Le cœur offre une communication des deux ventricules à la partie supérieure de la cloison.

L'artère pulmonaire diminuée de calibre donne naissance à un canal artériel presque filiforme; au contraire l'aorte est plus volumineuse qu'à l'état normal. Elle fournit dans l'ordre suivant les gros vaisssaux : carotide primitive droite, carotide gauche, sous-clavière gauche et enfin la sous-clavière droite qui se porte entre les scalènes après avoir passé entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Il n'y a que deux valvules sigmoïdes à l'artère pulmonaire.

Dans l'oreillette droite, en avant et au-dessous du trou de Botal encore existant, est une dépression au fond de laquelle s'ouvre un canal. Ce canal résulte de la convergence de la veine cave supérieure gauche et d'un vaisseau qui en suit en bas la direction et qui vient perforer le diaphragme en un point exactement symétrique de l'orifice diaphragmatique de la veine cave inférieure droite. Ce vaisseau n'a pas été suivi dans l'abdomen.

18. Conformation extérieure et vaisseaux du cœcum ; par M. Tuffier, prosecteur à la Faculté.

Le cœcum n'a pas chez l'adulte la forme régulière qu'on lui trouve sur le fœtus. En effet, il présente chez ce dernier l'aspect luxé et généralement trilobé par les trois bandes longitudinales de l'intestin. L'appendice occupe son extrémité la plus déclive et lui fait directement suite en bas, comme le développement réciproque de ces deux organes permet de le comprendre. Chez l'adulte l'organe de l'appendice est *toujours* rapproché de la région iléocœcale, très voisine et souvent en rapport direct avec la partie inférieure de l'intestin grêle. La partie la plus déclive du cœcum ne répond donc plus à l'origine de cet appendice, elle est formée par la paroi latérale externe du cœcum qui a basculé en dehors. L'examen plus approfondi de cette conformation montre que ce n'est pas toute la paroi latérale mais surtout, et dans un grand nombre de cas, seulement, la portion comprise entre la bande antéro-externe et la bande postéro-externe. Il semble donc qu'il y ait là un point plus faible qui cède sous la pression répétée des matières intestinales. Les vaisseaux du cœcum viennent de la mésentérique par la colique droite inférieure qui arrive à la jonction iléo-cœcale, se divise en trois branches, l'une antérieure croise le bord supérieur de la valvule (fosse iléo-cœcale supérieure), l'autre postérieure se rend à la paroi inférieure du cœcum et donne un rameau qui chemine dans le même appendice jusqu'à son sommet (Disposition bien décrite par Trèves). Les artères cœcales antérieures et postérieures se distribuent aux parois antérieures et postérieures du cœcum, tandis que la paroi latérale ne reçoit que des capillaires. Ces artères sont profondément situées dans les dépressions perpendiculaires à l'axe du cœcum, dépressions comblées en partie par des bandes fibreuses qui donnent aux parois où se trouvent des artères une solidité qui contraste avec la friabilité de la paroi externe dépourvue de ces bandes fibreuses. Ce fait joint à la direction de l'axe de la valvule iléo-cœcale vers la paroi inféro-externe, et à l'adhérence solide de l'appendice au mésentère explique la conformation chez l'adulte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 mars 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Siredey remercie de sa nomination de vice-président.

M. Gérin-Roze fait observer que les faits signalés par M. Huchard, c'est-à-dire l'angine de poitrine, liée à un rétrécissement des artères coronaires, et d'autre part la guérison des aortites par les préparations iodurées, ne sont pas bien nouveaux ; quant aux crises d'angine à forme gastrique, rien ne prouve qu'il ne s'agisse pas là tout simplement d'une coïncidence.

M. Comby a récemment observé un cordonnier âgé de 66 ans qui a eu du rachitisme dans son jeune âge. Plus tard il s'est, en général, mal nourri, était gros mangeur et prenait ses repas à des heures irrégulières. Il y a dix ans, il eut des douleurs dans les membres dont les os se ramollirent, puis s'incurvèrent, la colonne vertébrale se dévia; en un mot, il eut de l'ostéomalacie qui s'arrêta et depuis six ans il conserve ses os incurvés et déviés. L'examen de ce malade montre que son estomac est fortement dilaté, l'épigastre est sensible. Il a des troubles gastriques sérieux et présente les nodosités phalangiennes de M. Bouchard très marquées. M. Comby voit dans l'ectasie gastrique la cause de l'ostéomalacie qu'a présenté ce malade.

M. Rendu fait remarquer qu'il est étrange alors de voir la dilatation persister avec toute sa gravité, tandis que l'ostéomalacie s'est arrêtée; si celle-ci était liée au trouble gastrique, elle aurait dû augmenter également.

M. Hayem présente un petit microscope de poche renfermant tout l'outillage nécessaire pour pratiquer l'examen du sang en nature. Il fait remarquer l'importance de cet examen pour les praticiens.

M. Balzer donne l'exposé complet des résultats que lui a fourni la méthode des injections sous-cutanées de calomel, suivant le procédé de Scarenzio et de Smirnoff. Il expose les méthodes de ces auteurs ainsi que celles de Ricordi, de Porta, de Julien, de Neisser, etc. Ces auteurs se servaient généralement comme véhicule d'eau additionnée de sel marin ou de gomme. M. Balzer a le premier employé l'huile de vaseline, suivant la formule suivante : calomel lavé dans l'alcool, puis séché 1 gr. 50; huile de vaseline 15 gr. Chaque seringue de 1 c. c. contient 0 gr. 10 de calomel. La canule doit être séchée avec soin, enfoncée profondément jusque sous l'épiderme en arrière du grand trochanter, puis après l'injection laisser le doigt pendant quelque temps. La piqûre est indolore. Les

jours suivants, il y a du gonflement qui disparaît en général après 15 jours. On peut alors recommencer à côté. On a encore assez souvent, malgré toutes ces précautions, des abcès spéciaux qui renferment un pus roussâtre ne contenant pas de microbes. Sur 107 injections, M. Balzer a eu 14 abcès. Généralement 4 injections suffisent pour le traitement de la période secondaire; contre les accidents tertiaires, 3 injections sont suffisantes le plus souvent. Il est bon de prescrire en même temps l'iodure à l'intérieur.

M. Ducastel a essayé depuis un certain temps les injections de calomel dans de l'eau gommée; ayant eu des abcès et ayant même vu une fois des ulcérations buccales augmenter à la suite des piqûres, il s'était arrêté. Il employa ensuite l'huile de vaseline à la dose de 20 gr. pour un gramme d'oxyde jaune de mercure, et avec cette solution il eut de bien meilleurs résultats. Il est un point sur lequel M. Ducastel attire l'attention. C'est celui de la persistance possible du mercure dans l'économie pendant de longs mois, deux ans même ainsi qu'on l'a dit. Il est vrai qu'on a prétendu que le mercure pénétrait par la respiration chez tous les malades qui se trouvent dans les salles où sont soignés des syphilitiques et où on fait usage de préparations mercurielles.

M. Balzer n'a plus retrouvé que très peu de calomel dans des abcès consécutifs à des piqûres faites trois semaines auparavant.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Lucas-Championnière dépose sur le bureau : 1° Une observation de M. Hamon du Fougeray (du Mans) intitulée : *Polype muqueux du rectum* ; 2° une observation de M. Ovion (de Boulogne-sur-Mer), intitulée : *Fracture de la malléole externe, luxation de l'astragale, massage après réduction de la luxation, guérison rapide.* (Renvoi à une commission.)

M. Terrillon complète l'observation du malade atteint de *tétanos chronique* dont il a parlé dans la dernière séance (1) et ajoute quelques remarques. Le malade est mort le 19e jour. Il insiste sur la difficulté du diagnostic au début (on aurait pu croire à une paralysie faciale du côté opposé) et sur la marche chronique de cette forme de tétanos. Ce cas est le seul connu en France avec celui de M. Gosselin. Les Allemands ont décrit deux variétés de tétanos analogues à la forme observée par M. Terrillon ; c'est le *tétanos céphalique* et le *tétanos hydrophobique*.

M. Schwartz fait quelques réflexions à propos de ces faits. Dans les cas de tétanos céphalique (*Kopftetanus*), la paralysie faciale a été admise par beaucoup d'auteurs du même côté que la plaie. Il croit qu'on doit attribuer plutôt cet état de la face à la contracture inégale des différents muscles faciaux des deux côtés qu'à une paralysie. Le tétanos est dit hydrophobique quand il s'accompagne d'une dysphagie telle que le tétanos simule l'hydrophobie.

M. Terrillon insiste sur la différence qu'on doit admettre entre les deux formes céphalique et hydrophobique du tétanos.

M. Lucas-Championnière fait une longue communication sur la *ouate de tourbe* comme objet de pansement, substance préconisée par M. le Dr Redon au dernier Congrès de chirurgie. La tourbe a été employée en poudre en Allemagne, mais M. Redon a pu par des procédés spéciaux lui faire subir des modifications telles qu'elle peut être utilisée sous forme de plaquettes feutrées, analogues à celles d'ouate ordinaire. Cette substance présente un pouvoir absorbant énorme ; elle se tasse très bien, comble bien les vides des pansements, est plus élastique que la ouate et réagit plus qu'elle à la pression. En l'employant on a un pansement peu coûteux ; on peut donc s'en servir *largâ manu* puisque son prix de revient est la moitié moindre que celui de la ouate ordinaire et que son poids à volume égal est le même que celui de la ouate. La ouate de tourbe a quelques inconvénients : elle a une coloration peu favorable à l'examen et avec elle il est difficile de savoir ce qui est absorbé ; d'autre part elle est très friable, plus brisante que l'ouate et peut irriter les plaies, ce qui doit engager à interposer entre elle et la solution de continuité un peu de gaze iodoformée. Grâce à cette ouate la durée du pansement peut être prolongée, ce qui simplifie l'intervention chirurgicale. Elle pourra être utile aux chirurgiens d'armée. Elle est inaltérable pendant longtemps, fait très important. On pourrait s'en servir pour remplacer le contenu des coussins de balle d'avoine, les matelas sur lesquels couchent les enfants atteints d'incontinence d'urine, etc. Et même elle pourrait être utilisée comme réceptacle propre à absorber les crachats des phtisiques.

M. Berger a essayé sur les conseils de M. Lucas-Championnière cette ouate de tourbe. C'est une bonne substance surtout dans les pansements pour suppurations abondantes. Il insiste sur les inconvénients signalés ci-dessus. Il ne croit pas qu'elle puisse remplacer avec avantage la balle d'avoine.

M. Trélat est persuadé que cette substance n'a pas de propriété spéciale et qu'elle ne permet pas de laisser en place le pansement plus longtemps que la ouate. Elle n'a de particulier que son élasticité, sa puissance d'absorption et la modicité de son prix.

M. Lucas-Championnière est convaincu qu'avec elle on peut faire des pansements plus rares qu'avec la ouate.

M. M. Sée emploie la *cellulose au sublimé*; cette substance s'applique bien sur les parties à protéger, à condition de compléter le pansement par l'application d'une large bande de caoutchouc. En procédant ainsi, on a des réunions sans suppuration.

M. Terrier indique un nouveau procédé de *néphrectomie transpéritonéale*. Cette opération ne mérite pas le discrédit dans lequel on tend à la faire tomber ; elle est possible, doit être faite dans les cas de tumeur de la cavité abdominale ayant un très gros volume, et dans ces cas elle est facile. Il lui paraît inutile de compléter cette néphrectomie par le drainage lombaire de la cavité rétro-péritonéale résultant de l'ablation de la tumeur. Il suffit d'avoir recours au procédé qu'il a déjà mis deux fois en pratique. Voici comment il opère: Incision des parois abdominales comme pour l'ovariotomie (laparatomie médiane), puis incision du péritoine pariétal prérénal de 10 à 12 cent., suivant le volume de la tumeur à enlever, et application de pinces à pression sur les bords de cette incision péritonéale postérieure, ligature du pédicule du rein et ablation de la tumeur. Alors on réunit les deux bords de l'incision péritonéale postérieure à ceux de l'incision péritonéale antérieure. De la sorte, on isole la cavité rétro-péritonéale (formée par l'extirpation de la tumeur) de la cavité abdominale. Des tubes à drainage sont placés dans cette sorte de conduit qui mène de l'extérieur dans la partie profonde de la région lombaire en passant à travers la cavité abdominale. M. Terrier pense que dans cette néphrectomie transpéritonéale il faudra, à l'avenir, disséquer l'uretère et le fixer dans la plaie après l'avoir amené à l'extérieur. C'est en effet une cause d'infection qu'il ne faut pas laisser dans la cavité rétro-péritonéale si l'on veut éviter la suppuration.

M. Largeau lit une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine datant de quatre ans; ouverture du kyste à l'ombilic: laparotomie secondaire et guérison.* (Renvoi à une commission.)

M. Polaillon présente une malade qui, il y a deux ans, présenta : section des deux artères cubitale et radiale, des deux nerfs médian et cubital, des tendons fléchisseurs de l'avant bras. Il a fait la suture des tendons fléchisseurs et celle des nerfs médian et cubital, après avivement avec du catgut fin, puis la suture de la peau. Immobilisation avec flexion prononcée. La sensibilité n'est pas revenue dans le domaine des deux nerfs. Des troubles trophiques (éruption, chute des ongles), ont apparu il y a un an. Actuellement on observe quelques phénomènes de suppléance par le nerf radial, mais la paume de la main est insensible.

M. Tillaux conseille de faire la *suture secondaire*, c'est-à-dire de réunir les deux bouts écartés. D'après lui, la sensibilité reviendra le jour même.

M. le Président demande qu'on nomme une commission qui aura pour but de procéder à une enquête sur l'état de la sensibilité chez cette malade. Cette enquête serait faite par un

(1) Voir *Progrès médical*, n° 11.

physiologiste compétent. Il est très important de savoir à quoi s'en tenir sur cette question, très discutée encore, de la réapparition de la sensibilité subitement après la suture primitive ou secondaire.

M. TILLAUX prétend que cette enquête est inutile. Il a fait la suture secondaire et a vu de suite la sensibilité revenir dans le domaine du nerf suturé. M. Laborde a assisté à cette opération et a pu vérifier ses assertions.

M. KIRMISSON. — Dans le cas de M. Tillaux, il n'y avait que plaie du nerf médian. Ici les deux nerfs médian et cubital sont coupés. Il est intéressant de savoir ce qui adviendra après la suture secondaire.

M. LUCAS-CHAMPONNIÈRE indique un petit procédé que M. HOUZEL emploie pour ouvrir les appareils silicatés.

M. TRÉLAT montre des pièces anatomiques venant d'une femme opérée pour une hernie crurale étranglée, et chez laquelle on avait fait la *cure radiale*. M. Trélat montre la cicatrice péritonéale.

M. BOUILLY montre un *fibrome utérin* et une *hématosalpingite* qu'il a opérée ces jours-ci. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 *février* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. C. PAUL lit une note de M. GOLDSCHMITT sur le traitement de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées. Les quintes cèderaient rapidement à ces putréfactions faites dans la chambre ou sur le lit du malade.

M. MARTINEAU a employé dans le traitement du diabète une méthode qui lui a donné des résultats excellents, puisque sur 70 diabétiques, il en a guéri 67. Les trois autres n'étaient pas arthritiques, considération de première importance, car la méthode n'agit que chez ces diabétiques. Le traitement consiste simplement dans l'emploi prolongé de l'*eau lithinée arsénicale;* il est, du reste, très facile à suivre. On place dans le récipient supérieur d'un appareil producteur d'eau de seltz, système Briet, de contenance d'un litre environ, un paquet de 20 centigr. de carbonate de lithine et une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Eau distillée.	500 grammes.
Arséniate de soude	0,20 cent.

Le liquide, ainsi préparé, sert à couper le vin de trois repas au moins. Si le malade a soif dans l'intervalle, il ne doit faire usage que de cette boisson. Il n'est pas nécessaire de restreindre le malade à un régime particulier, mais il devra continuer encore deux ou trois ans après sa guérison l'emploi de l'eau arsénicale. M. Martineau croit que les eaux minérales qui sont vantées dans le traitement du diabète n'agissent que par le chlorure de lithine qu'elles renferment.

M. C. PAUL considère la communication de M. Martineau comme une véritable révolution thérapeutique; les résultats qu'il a obtenus sont *miraculeux*, d'autant plus miraculeux que depuis longtemps on donne l'arsenic et la lithine aux diabétiques arthritiques et qu'il n'est pas un médecin qui s'estimât heureux d'en avoir guéri non pas 67 sur 70, mais seulement trois, puisque M. Martineau n'a eu que trois insuccès.

M. DUHOMME a soigné de très nombreux diabétiques; il a cru une fois avoir obtenu une guérison radicale, mais le malade est mort de coma diabétique. M. C. PAUL pense qu'un complément d'informations est nécessaire sur les malades traités par M. Martineau.

M. MARTINEAU a toutes les observations de ses malades. Les examens de l'urine ont été souvent et très minutieusement pratiqués. Il ajoute que s'il n'a pas imposé le régime, il a néanmoins toujours conseillé d'user modérément des féculents.

M. FÉRÉOL pense que la Société de Thérapeutique ne s'associera pas aux considérations de M. Martineau touchant le régime, question de la plus haute importance en matière de diabète. Les malades s'y soumettent déjà assez difficilement pour ne pas leur fournir encore une nouvelle occasion de s'y soustraire. GILLES DE LA TOURETTE.

THÉRAPEUTIQUE

De certaines applications thérapeutiques du chloral.

On a signalé les graves inconvénients, les dangers même qui pouvaient résulter de l'emploi de substances toxiques, de l'opium et de ses dérivés en particulier, chez les albuminuriques. Le défaut de perméabilité des reins dans la maladie de Bright a pour effet de produire une accumulation des médicaments absorbés et cette accumulation peut se traduire, tout à coup, par une explosion d'accidents. Cependant, il est fréquent de rencontrer dans l'albuminurie des indications formelles d'administrer des substances calmantes ou narcotiques. L'insomnie est habituelle chez les brightiques; souvent un œdème pulmonaire engendre une toux persistante qui ne laisse pas de repos; souvent encore des douleurs rénales intenses, ou des douleurs sciatiques, ou d'autres névralgies à emplacements divers, réclament des médicaments qui s'adressent surtout à la sensibilité et à la douleur. Que faire dans ces circonstances? Comment soulager le malade sans lui nuire?

Un fait clinique assez complexe nous a fourni l'occasion de nous poser ces questions, et, en même temps, une circonstance fortuite nous a indiqué une solution de ce problème de thérapeutique. Il s'agit d'une dame albuminurique chez qui l'albuminurie s'est révélée au cours d'un érysipèle; cet érysipèle s'était développé autour d'une plaie d'amputation du sein, opération pratiquée pour un squirrhe de la mamelle par un chirurgien des hôpitaux de Paris. L'albuminurie était-elle antérieure à l'opération et à l'érysipèle ou bien contemporaine de l'érysipèle et occasionnée par lui? L'examen des urines n'ayant jamais été fait avant l'opération, la question est restée sans réponse. Rien dans l'état général de cette personne n'avait fait soupçonner la néphrite avant l'acte chirurgical et l'érysipèle consécutif. Cependant, depuis des années, la malade était sujette, plusieurs fois par an, à des accès de névralgie sciatique, horriblement douloureuse, tantôt à droite, tantôt à gauche, qui duraient deux à trois jours, puis se dissipaient complètement. Ce n'est pas tout : la malade avait d'un côté de la poitrine d'anciennes adhérences pleurétiques, avec dilatation bronchique, qui entretenaient une toux habituelle.

Pour ces divers motifs, elle passait des nuits sans sommeil et réclamait instamment un calmant qui lui permît le repos. Nous n'osions pas, même dans ses crises atroces de sciatique, lui faire des injections de morphine, ni administrer des préparations opiacées, pour ne pas courir le risque d'une intoxication ou d'une révolte des organes digestifs. Un jour la malade nous dit qu'elle s'était procuré du sirop de chloral de Follet dont elle avait fait usage en Amérique où cette préparation est très estimée, et elle ajouta avec satisfaction qu'elle avait bien dormi.

Nous consentîmes, non sans appréhension, à ce que le malade en continuât l'usage. Mais la suite nous montra que nos craintes étaient vaines. La malade en prit 2 à 3 grandes cuillerées par jour, pendant plusieurs mois, presque sans interruption. Elle a guéri de sa plaie qui suppura longuement, de son érysipèle qui parcourut presque tout le corps. Trois ans se sont écoulés depuis l'acte chirurgical; il n'y a pas apparence de récidive. Les urines ont, pendant plus d'un an, contenu de très fortes proportions d'albumine rétractile, jusqu'à 10 gr. par litre. Aujourd'hui, l'albuminurie n'a pas cessé, mais le taux de l'albumine est descendu et oscille entre 1 gr. et 3 gr. par litre. Les douleurs sciatiques, elles aussi, reviennent de loin en loin et de la même manière. Néanmoins le bénéfice obtenu est considérable et l'état actuel de la malade est relativement voisin de la santé.

Ce fait très complexe porte plusieurs enseignements : il démontre d'abord que le mal de Bright dans la forme qui, cliniquement, doit être rapportée au gros rein blanc ou à la néphrite parenchymateuse, n'est pas aussi fatal que l'enseignaient les auteurs classiques, et que, tout au moins,

il permet d'espérer une longue survie ; que l'affection est compatible, même quand l'albuminurie persiste, avec un état de santé satisfaisant, et, comparable, jusqu'à un certain point, à l'état d'un grand nombre de diabétiques qui vivent bien portants avec leur diabète. *(A suivre.)*

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

Berlin, 10 mars 1887.

Monsieur le rédacteur.

Je pense qu'il sera agréable à vos lecteurs d'avoir quelques détails sur l'hôpital de la Colonie française de Berlin, car il n'y a que du bien à en dire.

L'hôpital de l'église réformée française, dont on fête le bicentenaire ce mois-ci, est la plus ancienne œuvre de bienfaisance de la colonie berlinoise. En 1687, la femme du grand électeur Dorothée déclara anx délégués du consistoire français qu'elle voulait donner une maisonnette et le terrain d'alentour qui lui appartenaient à la communauté française ; cette dernière devait l'utiliser pour en faire un hospice ou un hôpital. Déjà, avant la révocation de l'édit de Nantes, cette propriété avait servi à soigner des malades et des infirmes, sur l'ordre de la princesse. On sait que cette dernière ne craignît pas d'assumer la plus grande partie des charges financières que comportait l'institution. Bientôt le terrain, servant de cimetière, fut trop exigu. La Compagnie adressa alors au roi Frédéric Ier une demande en concession au sujet des terrains limitrophes. Le 10 janvier 1710, la Compagnie reçut, à cet effet, un terrain de 10 journaux environ en cadeau Il ne reste plus rien du cimetière et du jardin de la communauté, les malades se promènent en cet endroit sous des arbres ombreux. Le consistoire fut plusieurs fois contraint de vendre de grandes parcelles de terrain, sous la pression des événements. En 1713, Frédéric-Guillaume Ier pria la communauté, contre indemnité de 180 thalers, d'abandonner aux possesseurs de terrains voisins dans la Friedrichstrasse une grande parcelle. En 1754, après des discussions interminables avec le comte de Reuss, propriétaire d'un terrain voisin, ce dernier donna 500 thalers pour les pauvres de la colonie, et reçut en échange une autre parcelle appartenant à l'hospice. Enfin, le terrain fut diminué encore; car, en 1841, la plus grande partie en fut utilisée pour l'emplacement de l'hospice du consistoire français En 1878, le palais actuel remplaça l'ancien bâtiment, qui avait été terminé le 4 juin 1833. Cette transformation avait eu pour cause une visite de la reine Elisabeth en février 1853. La reine critiqua en quelques mots très justes la manière dont on soignait, dans la communauté, les enfants et les vieillards. Il est dit dans le rapport de l'hospice qu'elle le fit « d'une manière qui nous humilia tous. » On vit bien qu'il fallait surtout faire quelque chose pour l'hôpital et on reconnut qu'il était du devoir de la colonie de faire tous les sacrifices pour garder et améliorer l'héritage des ancêtres. La petite maison d'il y a 200 ans ne pouvait abriter que 30 personnes à peine. L'hôpital actuel, qui a coûté 368,968 marcs à faire construire, renferme, d'après le rapport du consistoire, 22 hommes et 60 femmes d'un grand âge.

Quelques remarques sur des lois intéressant le public médical peuvent sans doute trouver place dans ma correspondance.

On pense à organiser légalement la profession médicale; les bases de l'organisation ont été jetées dans une assemblée présidée par le ministre von Gossler, à laquelle assistèrent des représentants du corps médical. Les intéressés firent ressortir avec force combien une organisation légale de la profession s'imposait. On accepta la proposition d'organiser dans chaque province une sorte de conseil de l'ordre ou chambre des médecins nommé librement par le corps médical. Ce conseil aura voix consultative dans toutes les questions d'hygiène publique et devra veiller à défendre les intérêts médicaux. Le conseil sera organisé à raison d'un membre sur 50 médecins ayant droit de vote. Les membres nommés devront adresser aux autorités des rapports et propositions; en retour, les autorités auront à poser des questions au conseil chaque fois que l'hygiène publique sera en cause. La sanction pénale, demandée dans le rapport du Reichstag du 25 juin 1883, ne peut guère entrer en jeu : les médecins eux-mêmes s'y sont montrés opposés. Il faudrait aussi arriver à refuser le droit de vote aux médecins qui, par de graves manquements répétés, se sont rendus indignes de cette prérogative; on a aussi plusieurs fois émis le vœu que les conseils de l'ordre s'intéressent aussi au sort des médecins infirmes et à celui des survivants pauvres en cas de décès du chef de la famille. Si la compétence des conseils de l'ordre est ainsi augmentée par le vote libre des médecins, il faut espérer que les résultats en seront des plus efficaces.

Le prince de Bismark, chancelier de l'Empire, a communiqué au conseil d'Empire un mémoire se rapportant à la commission de la pharmacopée et conçu à peu près dans ces termes : la commission qui, en 1881 et 1882, a travaillé à la dernière édition de la pharmacopée, avait dans ce temps demandé, que la pharmacopée fut chaque année révisée par une commission permanente qui ferait les additions et changements nécessités par les progrès de la science et les résultats obtenus dans la pratique. Jusqu'à ce jour, on a fait comme autrefois en Prusse, on n'a introduit dans la pharmacopée les médicaments nouveaux qu'à longs intervalles, au lieu de publier des suppléments isolés à la dernière édition. Il n'est pas, il est vrai, défendu d'employer en thérapeutique les médicaments qui ne figurent pas dans la pharmacopée, mais l'inconvénient du système actuel consiste dans l'absence de formules fixes qui puissent servir de base aux pharmaciens, et leur permettre de juger de la pureté du produit employé. Le médecin n'a, à son tour, pas de garantie et ne peut savoir si le médicament a été préparé selon les règles. La motion du chancelier a donc sa raison d'être. Cependant il n'est pas sans danger d'ajouter chaque année des suppléments à la pharmacopée, car une grande quantité des médicaments nouveaux doivent leur célébrité à des succès isolés, et tombent au bout de peu de temps en désuétude. Il ne faut donc pas incorporer à la pharmacopée des médicaments de ce genre, il ne faut s'attacher qu'à ceux qu'un usage prolongé a consacrés. Or, il faut un temps assez long pour que la composition d'un médicament et ses effets soient assez connus, pour qu'on puisse en donner des formules immuables. Il serait donc préférable de ne publier, après une révision totale de la pharmacopée, que tous les deux ans un supplément. Tous les 10 ou 15 ans, on fera la révision totale pour rendre au livre son unité.

Veuillez agréer, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de bactériologie basé sur les méthodes de Koch ; par Edgar M. Crookshank, traduit par M. Bergeaud ; Georges Carré et A. Manceaux, Paris et Bruxelles, 1886; 1 volume in-8 de 292 pages (32 planches et 44 figures).

Malgré son titre, le livre de M. Crookshank n'est pas seulement une description des procédés employés par M. Koch ; on y trouve également les méthodes de culture, de coloration, etc., des autres auteurs. M. Crookshank a du reste mis à profit les études qu'il a faites dans les divers laboratoires d'Allemagne, les renseignements qui lui ont été fournis par les bactériologistes les plus distingués; la plupart des planches sont la reproduction de ses propres préparations. Dans une première partie l'auteur expose les *méthodes générales*, appareils, réactifs, méthodes de culture, etc. La deuxième partie qui débute par un historique des bactéries est plus spécialement consacré à leur description systématique. Enfin on trouve en appendice une description sommaire des levures et moisissures et les procédés usuels pour l'examen de l'air, du sol, de l'eau, et quelques pages sur la photo-micrographie. En résumé, l'ouvrage de M. Crookshank est digne de figurer dans toute bibliothèque médicale ; l'exécution matérielle en est du reste parfaite, sans répondre toutefois très exactement à son titre de

manuel pratique par son format trop peu portatif. Nous n'en devons pas moins être reconnaissant à M. Bergeaud de nous avoir donné la traduction fidèle d'un traité estimé à l'étranger et particulièrement en Angleterre.

Corea guarita con la ginnastica durante alcune sedute d'ipnotizzazione; par le dott. Riccardo Pari (*Lo Sperimentale*, juillet 1886.)

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans entachée d'hérédité, présentant des stigmates hystériques et atteinte, depuis plusieurs années, de chorée rebelle à divers traitements. L'auteur obtint la guérison par l'hypnotisme, les suggestions verbales simples ayant échoué, il employa en même temps les suggestions d'actes, c'est-à-dire qu'il *ordonna* à la malade la cessation complète de tout mouvement et de tenir étendu le bras droit, puis le gauche, puis de marcher ou de se tenir dans diverses attitudes, sur l'une ou l'autre jambe. Au bout d'une vingtaine de séances, la guérison fut complète. Nous ferons remarquer qu'il n'y a, dans cette observation, aucune médication précise, ni sur les phénomènes divers de l'hypnotisme chez la malade, ni sur l'état hypnotique dans lequel elle était au moment des suggestions; d'un autre côté, si nous prononçons le mot suggestion, c'est avec intention, car la soi-disant gymnastique employée par l'auteur se réduit pour nous à des suggestions d'actes. En effet, quand *on ordonne* à une hypnotique de tenir ses bras dans telle ou telle position, de faire tel ou tel mouvement, est-ce de la gymnastique ou de la suggestion? Si l'auteur n'avait employé que les mouvements passifs, il eut pu, à la rigueur, invoquer, l'influence de la gymnastique, et, malgré cela, il ne nous eût pas encore convaincu, eu égard à l'état particulier où était alors sa malade. En somme, cette guérison doit être, à notre avis, mise sur le compte des suggestions, la gymnastique n'étant que l'intermédiaire à l'aide duquel elles agissaient, l'injonction verbale étant, dans ce cas, insuffisante. J. Séglas.

VARIA

Hospice d'Elbeuf (Seine-Inférieure).— Concours public pour la nomination à la place de médecin en chef.

L'Administration de l'Hospice d'Elbeuf fait savoir que le 6 juin 1887, à quatre heures de l'après-midi, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, un concours public pour la place de médecin en chef. — *Conditions du concours : Epreuves*. 1° Une épreuve clinique sur deux malades; il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade, et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion; 2° Examen de deux malades. Sur l'un d'eux, le candidat devra rédiger une consultation qu'il lira devant le jury: une demi-heure lui sera accordée pour la rédaction de cette consultation. Sur l'autre malade, le candidat devra, en dix minutes, exposer les considérations de diagnostic et de thérapeutique que comporte la maladie; 3° Une composition écrite d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Il sera accordé trois heures pour cette composition. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents. L'un d'eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury, en séance secrète. Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit : 1° Epreuves cliniques, 30 points; 2° Examen sur deux malades, 30 points; 3° Composition écrite, 30 points; Après la première épreuve, dans le cas où le nombre des candidats dépasserait quatre, le jury pourra, en procédant par élimination, ne maintenir, pour les deux autres épreuves, que les quatre concurrents ayant obtenu le plus grand nombre de points. — *Conditions d'admission* : 1° Les candidats devront justifier de quatre années de Doctorat au 1er janvier 1887. Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à deux années pour les candidats qui auraient fait, après une nomination au concours, pendant trois années consécutives et à la satisfaction de l'Administration, le service d'élève interne dans les hopitaux de Rouen ou de toute autre ville de France possédant une faculté ou une école de médecine. Seront dispensés de justifier d'un temps quelconque de doctorat, les candidats reçus docteurs, qui compteraient quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris; 2° Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se faire inscrire avant le dimanche 15 mai 1887, au secrétariat de l'hospice civil d'Elbeuf. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise. Tout candidat qui se présentera en invoquant le titre d'interne sorti des hopitaux civils ci-dessus désignés, devra justifier, en outre, par pièces émanées de l'administration de cet hôpital, qu'il a été nommé au concours et qu'il en a fait le service pendant le temps exigé à la satisfaction de ladite Administration. Les candidats devront, dans leur demande d'admission, prendre l'engagement de se conformer aux règlements de l'hospice, faits ou à faire; produire leur diplôme de docteur en médecine, les pièces constatant qu'ils ont 25 ans accomplis, et qu'ils sont français ou naturalisés français. Sur le vu de ces pièces, l'administration statuera sur l'admissibilité au concours. Sa décision sera notifiée aux candidats. Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés concernant la médecine ou la chirurgie, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les Jurés. — *Entrée en service et honoraires* : Le médecin qui sera nommé à la suite du concours entrera en fonctions le 1er juillet 1887. La durée de ces fonctions est fixée à 15 années. Le traitement sera de mille francs par an.

Décret relatif au personnel de l'inspection des enfants assistés.

Le Président de la République française. Sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes. Vu la loi du 5 mai 1869; Vu le décret du 31 juillet 1870, réglant le cadre et les conditions d'organisation de l'inspection des enfants assistés. Le conseil d'Etat entendu. Décrète : Article premier. — Le personnel chargé, sous l'autorité des préfets, de la surveillance du service des enfants assistés, comprend des inspecteurs, des sous-inspecteurs, des inspectrices et des sous-inspectrices. Art. 2. — Le ministre de l'intérieur nomme les inspecteurs, les sous-inspecteurs, les inspectrices et les sous-inspectrices; il pourvoit à leur avancement d'après les règles établies par le présent décret. Le cadre de l'inspection est fixé, pour le département de la Seine, par le présent décret; pour les autres départements, par arrêté ministériel. Art. 3. — Les inspecteurs, dans les départements autres que celui de la Seine, sont choisis exclusivement : 1° Parmi les sous-inspecteurs ayant au moins six années d'exercice; 2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe, ayant au moins cinq années d'exercice; 3° Parmi les inspecteurs de l'enseignement primaire; 4° Parmi les commis-rédacteurs du ministère de l'intérieur, les chefs de division des préfectures, les secrétaires en chef des sous-préfectures, des mairies et des hospices ou hôpitaux dans les villes d'au moins 30,000 âmes. Tous les candidats devront être âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq au plus; seuls les sous-inspecteurs pourront être nommés inspecteurs après l'âge de quarante-cinq ans. Les candidats visés aux paragraphes 3 et 4 devront compter au moins huit ans de services publics. Le tiers au moins des inspections qui deviendront vacantes, sera réservé aux sous-inspecteurs. Art. 4. — Les sous-inspecteurs sont choisis, indépendamment des candidats prévus à l'article précédent : 1° Parmi les chefs de bureau et employés des préfectures, des sous-préfectures, des mairies, dans les villes d'au moins 10,000 âmes, les secrétaires et les économes des établissements de bienfaisance possédant au moins 20 000 francs de recettes ordinaires; 2° Parmi les instituteurs publics. Les candidats devront compter au moins cinq ans de services publics, être âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus. Art. 5. — Le cadre du personnel comprend quatre classes d'inspecteurs et de sous-inspecteurs. Il y a, au maximum, un inspecteur par département, sauf dans le département de la Seine. L'effectif maximum des trois premières classes est réglé comme suit : Première classe. 25 inspecteurs, 15 sous-inspecteurs. Deuxième classe : 25 inspecteurs, 15 sous-inspecteurs. Troisième classe : 25 inspecteurs, 20 sous-inspecteurs. Les classes sont personnelles. Les traitements correspondant à chacune d'elles sont fixés comme suit : Première classe : inspecteurs, 5,000 francs; sous-inspecteurs, 3,000 francs. Deuxième classe : inspecteurs, 4,500 francs; sous-inspecteurs, 2,800 francs. Troisième classe : inspecteurs, 4,000 francs; sous-inspecteurs, 2,600 francs. Quatrième classe : inspecteurs, 3,500 francs; sous-inspecteurs, 2,400 francs. Les inspecteurs, à l'exception de ceux du département de la Seine, et les sous-inspecteurs seront, à leur entrée dans le service, placés dans la quatrième classe du cadre. Les inspecteurs ne pourront être promus à une classe supérieure qu'après trois ans au moins, et les sous-inspecteurs après deux ans d'exercice dans la classe immédiatement inférieure. Art. 6. — Les inspecteurs et les sous-inspecteurs, les inspectrices et les sous-inspectrices reçoivent des indemnités de frais de tournées dont le maximum est fixé pour chacun d'eux par le ministre de l'Intérieur. Les allocations accordées à ce titre devront être la représentation des frais occasionnés et ne seront délivrées aux ayants droit, sauf une provision fixée par le ministre de l'intérieur, que sur la production des justifications prescrites par arrêté ministériel. Art. 7.— Dans les départements pourvus de 2 sous-inspecteurs au moins, un des emplois de sous-inspecteurs pourra être remplacé par un emploi de sous-inspectrice. Pour les conditions d'âge, le traitement et l'avancement, les sous-inspectrices sont assimilées aux sous-ins-

pecteurs ; les trois-quarts des sous-inspectrices sont choisies parmi les institutrices des écoles primaires publiques et les directrices des écoles maternelles publiques ayant au moins huit années d'exercice ART. 8. — Le cadre de l'inspection des enfants assistés de la Seine comprend six inspecteurs et deux inspectrices qui appartiennent de droit à la première classe du cadre. ART. 9. — Les inspecteurs des enfants assistés de la Seine sont choisis exclusivement : 1° Parmi les inspecteurs des enfants assistés des autres départements parvenus à la première classe du cadre ou compris dans la deuxième depuis trois ans au moins ; 2° Parmi les docteurs en médecine ayant au moins dix ans d'exercice ; 3° Parmi les chefs de bureau du ministère de l'intérieur, de la préfecture de la Seine et de l'Aministration générale de l'Assistance publique ; 4° Parmi les inspecteurs primaires de la Seine. Les candidats visés aux paragraphes 3 et 4 devront être en fonctions depuis six ans au moins. Les inspectrices des enfants assistés seront choisies exclusivement parmi les personnes qui comptent au moins huit ans de services dans l'Enseignement public. ART 10. — Les candidats aux emplois d'inspecteurs et d'inspectrices des enfants assistés de la Seine sont soumis aux conditions d'âge exigées par l'article 3 du présent décret. ART. 11. — Jusqu'à ce que l'effectif des inspecteurs et des sous-inspecteurs actuellement en fonctions soit rentré dans les limites du cadre établi par l'article 5, il ne sera pourvu dans chacune des trois premières classes qu'à une promotion par 2 vacances. ART. 12. — Le décret du 31 juillet 1870 est abrogé. ART. 13. — Le président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois.*

Souscription pour un buste du professeur Jules Béclard destiné à être placé sur sa tombe, à côté de celui de son père, P. Augustin Béclard.

Les amis et les élèves de M. le professeur J. BÉCLARD, désirant perpétuer son souvenir par un hommage public et durable, ont eu la pensée de lui élever un buste, à côté de celui de son père, sur le monument funéraire qui les réunit. Dans ce but, ils ont constitué un *Comité d'initiative* composé de : MM Laborde, chef des travaux physiologiques et du laboratoire de M. Béclard ; Galippe, ancien élève du laboratoire ; Mathias-Duval, professeur à la Faculté ; Brouardel, professeur à la Faculté et assesseur du doyen ; Lannelongue, professeur à la Faculté ; Caventou, trésorier à l'Académie de médecine ; Blanche, membre de l'Académie de médecine ; G. Masson, libraire-éditeur ; Pupin, secrétaire de la Faculté. Les souscriptions sont reçues par MM Laborde, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine ; Mathias-Duval, au laboratoire de l'Ecole d'anthropologie ; Caventou, à l'Académie de médecine ; Pupin, au secrétariat de la Faculté ; Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Révolte des vénériennes à Lyon.

Les journaux politiques annoncent une prétendue révolte des filles du dispensaire en traitement à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon (1). Sans connaître le motif de cette insurrection en herbe, une seule chose nous étonne, c'est qu'elle ne se soit pas produite plus tôt et qu'elle n'ait pas été plus sérieuse. Nous ajouterons même qu'il est incroyable que les mesures de police prises contre les syphilitiques femmes et même hommes aient pu être acceptées par les unes et les autres sans une résistance ouverte, qui aurait été appuyée par la population tout entière hostile à ces mesures indignes de peuples prétendus civilisés. En ce qui concerne l'Antiquaille de Lyon, nous devons dès l'abord mettre hors de cause le chef de service actuel, M. le Dr Horand, qui a été le promoteur de nombreuses réformes et d'une amélioration notable dans le bien-être des malheureuses enfermées dans cette galère. Au point de vue médical, le service est des mieux entendus et toute la responsabilité de l'odieuse réglementation qui règne à Lyon revient en entier à ceux qui ne savent ou n'osent en finir avec des préjugés aussi vieux que barbares.

Nous devons à la vérité de dire que la propreté règne dans le service, que les lits sont très convenables, mais le régime n'en est pas moins celui d'une prison : c'est le Saint-Lazare de Lyon, avec les Sœurs comme geôlières. Il est réellement temps que les municipalités nettoient ces écuries d'Augias et assimilent les maladies vénériennes aux affections ordinaires, en permettant l'admission de ces malades dans les services hospitaliers ordinaires. On pourra lire plus haut (p. 232) quelques notes sur l'assistance des vénériens dans différents hôpitaux de France.

(1) Les bâtiments affectés à l'Antiquaille aux filles syphilitiques, porte le nom des Chazeaux ; c'est ce vieux bâtiment, à plafond bas, situé à mi-côte de la colline de Fourvière.

Un médecin enterré civilement malgré lui.

Le Dr Chabory (du Mont-Dôre), écrit le *Moniteur du Puy-de-Dôme*, bien qu'il ne pratiquât guère de son vivant la religion catholique, avait demandé qu'on lui fit un enterrement religieux de 3e classe. Le curé du Mont-Dôre, pour une raison qu'on verra tout à l'heure, se rendit à Clermont consulter l'évêque. « Le malade étant mort uni publiquement à une femme du vivant de sa femme légitime, et n'ayant fait sur ce point aucune espèce de rétractation connue, ne peut recevoir les honneurs de la sépulture ecclésiastique », répondit l'évêque. En conséquence du refus, au lieu d'être religieuses, les obsèques ont été civiles. M. Chabory était divorcé et marié civilement une seconde fois.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Rémy, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Reclus, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

MARDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Pinard, Richelot ; — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Quinquaud.

MERCREDI 23. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Guyon, Rémy, Budin ; — 2e *Série* : MM. Lannelongue, Reclus, Kirmisson.

JEUDI 24. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Panas, Richelot. — 2e *Officiat de santé* : MM. Grancher, Dieulafoy, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Hanot. — 4e *de Doctorat* 1re *Série*) : MM. Proust, Cornil, Quinquaud ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Ball, Debove.

VENDREDI 25. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Rémy, Terrillon. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) ; MM. Lannelongue, Reclus, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Potain, Rendu.

SAMEDI 26. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Pinard, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Peter, Cornil, Hutinel ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Grancher, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 21. — M. Loviot. Contribution à l'étude de la Pelade. — M. Bruneau. Des ulcérations tuberculeuses de la bouche. — M. Tounissont. Des déviations aortiques dans le mal de Pott. — *Mardi* 22. — M. Baret. Etat de la mémoire dans les vésanies. — M. Gaboriau. Contribution à l'étude des spasmes professionnels. — M. Didier. Contribution au traitement des angiones. — M. Lasne. Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite. — *Mercredi* 23. — M. Sojo. Sein douloureux. — M. Legros. Etude critique sur les causes de la mort rapide et soudaine chez les goutteux. — *Jeudi* 24. — M. Jean Clovis. Quelques réflexions sur l'éruption de la variole. — M. Péraud. Etude historique et clinique de la fièvre de lait. — M. Roger. Action du foie sur les poisons. — M. Dusseaud. De l'asthme d'origine nasale.

FORMULES

VIII. Moyens divers pour enlever l'odeur de l'iodoforme.

1° Ajouter à l'iodoforme, soit :

a) Quelques gouttes d'*essence d'amandes amères* ;
b) Un peu de *tannin* ;
c) Un peu de *baume du Pérou* ;

2° Emulsionner l'iodoforme avec de l'huile d'*amandes douces* (par parties égales).

Iodoforme	30 grammes.
Poudre de charbon	60 —
Sulfate de quinine	10 —
Essence de menthe	1 —

(La *Pratique médicale*, 1er mars 1887).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 6 mars 1887 au samedi 12 mars 1887, les naissances ont été au nombre de 1295, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 494 ; illégitimes, 188. Total, 682. — *Sexe féminin* : légitimes, 445 ; illégitimes, 168. Total, 613

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 mars 1887 au samedi 12 mars 1887, les décès ont été au nombre de 1231, savoir : 636 hommes et 595 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 17, F. 20. T. 37. — Variole : M. 5, F. 5, T. 10. — Rougeole : M. 21, F 27. T. 48. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 13, F. 4. T. 17. — Diphthérie, Croup : M. 25, F. 15, T. 40. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 140, F. 97. T. 237. — Autres tuberculoses : M. 21. F. 17. T. 38. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 25. T. 40. — Méningite simple : M. 21, F. 18. T. 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 31. T. 58. — Paralysie : M. 6, F. 3 T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 46. T. 81. — Bronchite aiguë : M. 14, F 20 T. 34. — Bronchite chronique : M. 22, F. 22. T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 22. T. 35. — Pneumonie M. 34, F. 41. T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 10. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 8. T. 20. — Autres gastro-entérite : M. 5, F. 1. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2 T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 13, T. 25. — Sénilité : M. 10, F. 26. T 36 — Suicide : M. 18, F. 4. T. 22. — Autres morts violentes : M. 2, F. 2. T. 4. — Autres causes de mort : M. 115. F. 91. T. 206. — Causes restées inconnues : M 6. F. 11. T. 17.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42, illégitimes, 12. Total : 54, — *Sexe féminin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 10. Total : 43.

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux pratiques d'histologie.* — M. Rémy, agrégé, chef des travaux. Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le mardi 22 mars 1887 et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de 3 à 5 heures de l'après-midi (Ecole pratique, n° 2, rue Vauquelin). Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de troisième année (les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux). Les élèves auront à se munir des objets indiqués par M. le chef des travaux. Les inscriptions seront reçues, de midi à 4 heures de l'après midi, au bureau du serveillant général de l'Ecole pratique, du lundi 14 mars au samedi 26 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée. MM. les étudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Conférences de clinique interne (Hôpital Saint-Louis). — M. Quinquaud, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 23 mars 1887, à 4 heures (hôpital Saint-Louis : Amphithéatre de la clinique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Objet des conférences : *Maladies cutanées et syphilitiques.*

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Albert Robin, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique, le vendredi 25 mars 1887, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéatre), et les continuera les lundis, mercredis et samedis suivants, à la même heure. Objet du cours : *Anatomie pathologique générale. — Lésions de nutrition des éléments anatomiques et du milieu intérieur.*

Conférences de pathologie externe. — M. Kirmisson, agrégé, commencera ces conférences le mardi 22 mars 1887, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie générale. — M. Landouzy, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale, le mercredi 23 mars 1887, à 4 heures (Grand Amphithéatre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Objet des conférences : *Etiologie, pathogénie, séméiotique*, etc.

Cours d'accouchements spécial aux élèves sages-femmes. — M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes le jeudi 17 mars 1887, à midi (Amphithéatre Laennec), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Seront admises : 1° Les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1886 ; 2° Les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1887, l'examen d'admission à la clinique. Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le mardi 15 mars, de 3 à 4 heures de l'après-midi, au secrétariat de la Faculté

Cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — M. le professeur Tarnier commencera le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le lundi 21 mars 1887, à midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le jeudi 24 mars 1887, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée, le mardi 22 mars 1887, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie et thérapeutique générales (professeur M. Bouchard). — M. Troisier, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 22 mars 1887, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de physiologie. — M. Rémy, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de physiologie, le lundi 21 mars 1887, à 3 heures, dans le Petit Amphithéatre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Les leçons du vendredi, consacrées aux démonstrations, auront lieu dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine), au pavillon n° 8.

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 21 mars 1887, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de médecine opératoire. — M. Segond, agrégé, commencera ces conférences, le mercredi 23 mars 1887, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ecole pratique : Exercices opératoires (deuxième cours). M. le Dr Tuffier, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le vendredi 18 mars 1887, à 1 heure précise, pavillon n° VII.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (1re section), en remplacement de M. Béclard, décédé. Il siégera, en cette qualité, dans les commissions de scolarité et de médecine et de pharmacie. — M. Jaccoud, à ladite Faculté, est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Denucé, agrégé près ladite Faculté, est appelé à l'exercice à partir du 1er mars 1887.

Faculté de médecine de Toulouse. — Les professeurs et chargés de cours pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de 1re classe de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse sont convoqués, le samedi 2 avril 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Toulouse, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

Facultés de médecine. Promotions de classe. En exécution des décrets du 12 février 1881 et du 1er mars 1887 et sur l'avis exprimé par le Comité consultatif de l'enseignement supérieur, dans ses séances des 3 et 5 mars 1887, sont promus, pour prendre rang à partir du 1er janvier 1887 (il résulte du procès-verbal de la séance du 26 décembre 1885 que la première promotion doit être faite : dans la première et la deuxième classe, au choix, dans la troisième classe, à l'ancienneté) : *De la deuxième à la première classe* : Choix : M. Combal, professeur à la Faculté de Montpellier ; ancienneté : M. Moitessier, professeur à la Faculté de Montpellier. — *De la troisième à la deuxième classe* : Choix : M. Beaunis, professeur à la Faculté de Nancy ; ancienneté : M. Feltz, professeur à la Faculté de Nancy ; choix : M. Castan, professeur à la Faculté de Montpellier ; ancienneté : M. Hecht, professeur à la Faculté de Nancy. — *De la quatrième à la troisième classe* : Ancienneté : M. Charpentier, professeur à la Faculté de Nancy ; choix : M. Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier ; ancienneté : Lannegrâce, professeur à la Faculté de Montpellier ; choix : M. Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier ; ancienneté : M Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy ; choix : M. Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 4 novembre 1887, à ladite Ecole, pour l'emploi

de chef des travaux physiques et chimiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un cours s'ouvrira, le 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. VILLENEUVE, suppléant des chaires de chirurgie de ladite école, est nommé, à partir du 1er avril 1887, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite école, en remplacement de M. Pirondi, nommé professeur honoraire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. DOUTEAU (J.-J.), licencié ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite école. Nous enregistrons avec plaisir la nomination de notre ami (M. B.)

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. ANDRÉ, chef de clinique médicale à ladite Ecole, est chargé, à titre gratuit, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'anatomie pathologique à ladite Ecole. — M. LAULANIÉ est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Toussaint, d'un cours de physiologie à ladite Ecole. Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, à M. Toussaint, professeur de physiologie à ladite Ecole.

ACADÉMIE DES SCIENCES. *Legs Leconte :* Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 12 mai 1876, le codicile du 4 novembre 1881 et le testament authentique du 1er octobre 1884, le legs universel, évalué à 600,000 francs environ, fait à cet établissement par le sieur V.-E. Leconte.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'ouverture du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu cette année beaucoup plus tard que les années précédentes. Elle vient d'être définitivement fixée au jeudi 22 septembre 1887. La session durera jusqu'au jeudi 29 du même mois inclusivement.

BIBLIOTHÈQUE.— M. le Dr PASSANT, médecin en chef du dispensaire de salubrité, a fait don à la Préfecture de Police de la précieuse bibliothèque d'ouvrages sur la prostitution, la syphilis et les affections qui s'y rapportent, qu'il avait reçue par legs de son savant prédécesseur, M. le Dr Clerc.

COMITÉS D'ADMISSION DE L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — Sont nommés membres du comité d'admission de l'exposition universelle de 1889 pour les classes 14 et 64. *Médecine et chirurgie, médecine vétérinaire et comparée* (classe 14): MM. les Drs Berger, Bourneville, Charcot, Charrin, Chauveau, Cornil, David, Fournier, Gosselin, Grancher, Guyon, Landouzy, Lereboullet, Liouville, Richet, Tarnier, Trélat, Verneuil et Vulpian ; MM. Gombaux, Grandjux, Soulas, Collin et Mathieu ; — *Hygiène et assistance publique* (classe 64). MM. les Drs Belleau, Bergeron, Brouardel, Cazelles, Dujardin-Beaumetz, Durand-Fardel, Gestin, A. J. Martin, Napias, Peyron, Proust, Robinet et Roussel ; MM. Bechmann, Cernesson, Cheysson, Faure-Dujarric, Herscher, Jacquot, Jéramec, Mesureur, Nicolas, Pasteur, Vauthier et Wilin.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Brouardel a été élu par 157 voix, sur 161 votants, représentant des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Béclard, décédé.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira, le 23 mai prochain, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

CHOLÉRA EN ITALIE. — On annonce que l'épidémie de Catane que nous avons signalée dans notre dernier numéro n'est que l'exagération d'une situation sanitaire qui dure depuis quatre ans. Il y a peu de cas nouveaux depuis la semaine dernière.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux et hospices civils de Paris.* Ce concours sera ouvert le vendredi 15 avril 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 mars 1887 et sera clos définitivement le mercredi 30 du même mois, à trois heures.

HÔTEL-DIEU DE LYON. — Huit candidats se sont fait inscrire pour le concours de majorat qui doit s'ouvrir le 14 mars 1887. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Gangolphe, Goulliaud, Imbert, Jaboulay, Laguaite, Montaz, Robin et Sabatier. Le jury est composé de MM. Aubert, Clément, Colrat, Dron, Fochier, Gayet, Horand, Daniel Mollière, Ollier, Poncet, Soulier et Vincent. — M. DUZÉA, chef de clinique chirurgicale, vient de recevoir le prix de la fondation Bouchet.

LES UNIVERSITÉS RÉGIONALES.—Le programme poursuivi d'après le décret de décembre 1885, par le ministère de l'Instruction publique, de créer en province de grands centres universitaires, exige le groupement, dans une même ville, des différentes branches de l'enseignement supérieur. Or, le département du Nord possède une Faculté de médecine et une Faculté des sciences à Lille, une Faculté de droit et une Faculté de lettres à Douai. M. Berthelot songerait à réunir les quatre Facultés au chef-lieu du département. Lille deviendrait ainsi le siège d'une importante université régionale (*Gaz. méd. de Paris*).

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. OFFRET, préparateur au Collège de France, est chargé d'une mission dans le midi de la France et en Italie, à l'effet d'y étudier l'ensemble des phénomènes se rattachant aux derniers tremblements de terre. — M. RENÉ MINORET est chargé d'une mission à Sumatra, Taïti, la Nouvelle-Zélande et Madagascar, en vue d'y entreprendre des études d'ethnographie et d'histoire naturelle.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé, pour l'année 1887, membre de la commission consultative des souscriptions scientifiques et littéraires.— M. LE MESLE, géologue paléontologique, est nommé membre de la commission chargée de poursuivre en 1887 les études scientifiques sur le territoire de la Tunisie.

PHARMACIENS DES HÔPITAUX DE PARIS.—A la suite du concours ouvert le 14 février dernier, M. GASSELIN, interne en pharmacie de quatrième année, à l'Hôtel-Dieu, a été nommé pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris.

RÉCOMPENSES. — Nous apprenons avec plaisir que MM. Courbarien et Dubarry, internes des hôpitaux, viennent d'obtenir une mention et 500 francs pour un mémoire sur l'*Epilepsie Jacksonienne* envoyé à un concours institué par la *Société méd.-chir. de Bordeaux.*

RÉORGANISATION DES ECOLES VÉTÉRINAIRES. — Un décret réorganise les Ecoles nationales vétérinaires (Alfort, Lyon et Toulouse). Ces Ecoles admettront dorénavant des *élèves internes*, des *élèves demi-pensionnaires* et des *élèves externes*. Les étrangers peuvent être admis au même titre que les nationaux. A partir de 1890, il sera exigé, des candidats au concours d'admission à ces Ecoles, la production du diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences, ou de l'enseignement secondaire spécial ou bien le diplôme délivré soit par l'Institut agronomique, soit par les Ecoles nationales d'agriculture. La durée des études sera de quatre ans et le diplôme de vétérinaire délivré, chaque année, aux élèves qui auront satisfait, d'une manière complète, à toutes les épreuves de l'examen de sortie. Les étudiants en médecine pourront enfin suivre, si cela peut leur faire plaisir, les cours de ces Ecoles. Qu'il faut de temps pour arriver à des réformes utiles !

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. TRUCHOT, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. M. Truchot avait été sous-directeur à l'Ecole normale d'enseignement spécial de Cluny. En 1873, il fut appelé à la chaire de chimie de Clermont. M. Truchot, était en outre, directeur de la station agronomique du Centre et vice-président de la Société d'agriculture du Puy-de-Dôme. — M. le Dr LABONNARDIÈRE (de Grenoble), membre correspondant de la Société des sciences médicales de Lyon. — M. le Dr CHABORY, (du Mont-Dôre). — M. le Dr Edouard ORDINAIRE (de Besançon); il avait été élu député du Doubs en 1869 et nommé préfet du département en 1870. — M. le Dr QUINTARD (de Montereau).—M. le Pr VON ARLT (de Vienne). — M. le Pr BRODINE, professeur de chimie à l'Académie de St-Pétersbourg.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — Le Dr Auguste VOISIN reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 6 mars, à 9 heures et 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Le Bulletin bibliographique.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

DICHAS (A.). — Etude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique (spontané ou provoqué). Brochure in-8 de 123 pages. — Prix : 3 fr.

DUZÉA (R.). — Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels. Brochure in-8 de 96 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

AUSPITZ (H.). — Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau. Traduit par A. DOYON. Brochure in-8 de 271 pages. — Prix : 6 fr.

DURAND-FARDEL. — Contribution à l'étude de la tuberculose du rein. Brochure in-8 de 43 pages, avec une planche.

HAYEM (G.). — Leçons de thérapeutique. — Les grandes médications. Volume in-8 de 431 pages. — Prix : 8 fr.

LEVEN (M.). — La névrose : — Etude clinique et thérapeutique ; — Dyspepsie, anémie, rhumatisme et goutte, obésité, amaigrissement. Volume in-8 de 336 pages. — Prix : 6 fr.

MANUEL DE PATHOLOGIE EXTERNE. — *Tome III :* Maladies des régions ; cou, poitrine, abdomen, par PEYROT (J.-J.). Volume in-8 de 752 pages. — *Tome IV :* Maladies des régions ; organes génito-urinaires, par BOUILLY (G.). Volume in-8 de 783 pages. — Prix de chacun de ces volumes : 10 fr.

Librairie E. PLON, NOURRIT et Cᵉ, 10, rue Garancière.

REGNARD (P.). — Sorcellerie, magnétisme, morphinisme, délire des grandeurs. Un volume in-8 de 431 pages, avec 120 gravures. — Prix : 12 fr.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

GALLARD. — La gynécologie à l'Hôtel-Dieu de Paris. Brochure in-8 de 24 pages.

LANCRY (G.). — De la contagion de la diphthérie et de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Paris. Brochure in-8 de 172 pages.

LANCRY (G.). — Etiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance. Brochure in-8 de 157 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 MARS 1887.

Le Progrès Médical

OPHTHALMOLOGIE

Des procédés actuels d'extraction de la cataracte (1);

Par le Dr CH. ABADIE.

Le procédé de Daviel, qui consiste à extraire de l'œil la cataracte, à travers une large section pratiquée à la cornée, a été l'un des plus grands progrès de la chirurgie oculaire. Cette opération était infiniment supérieure à l'abaissement, car, dans un grand nombre de cas, en effet, le cristallin, simplement déplacé par l'aiguille, ne se résorbait pas, jouait le rôle de corps étranger et provoquait l'apparition d'un processus glautomateux, dont les conséquences étaient désastreuses. Après une restitution passagère de la vision, le malade risquait de redevenir aveugle, en même temps qu'il était exposé à de violentes douleurs.

Avec l'extraction à lambeau de Daviel, ces complications, si fréquentes et si redoutables, n'étaient plus à craindre; par contre, d'autres se montraient inhérentes à ce nouveau procédé opératoire. C'étaient les enclavements iriens dans la plaie, la suppuration du lambeau cornéen. Enfin, inconvénient plus grave, il était impossible d'extraire de cette façon les cataractes adhérentes à l'iris, où celles qui étaient incomplètement mûres.

Lorsque la découverte de l'ophthalmoscope eut donné une impulsion si vive et un si grand retentissement à l'oculistique, on reconnut que l'extraction à lambeau telle que la pratiquait Daviel, ne pouvait s'appliquer à un grand nombre de malades qui venaient consulter de toute part, espérant bénéficier des méthodes nouvelles. C'est à cette époque que de Graefe imagina l'extraction linéaire avec iridectomie. Grâce à la grande renommée de son promoteur, grâce aussi aux qualités réelles qu'il présentait, ce nouveau procédé fit rapidement fortune. Quelques-uns de ces avantages étaient incontestables. Il permettait d'éviter ou tout au moins de rendre moins fréquents les prolapsus de l'iris et les suppurations du lambeau. En outre, et c'était là surtout son principal mérite, il permettait de rendre la vue à un grand nombre de malades inopérables par les anciens procédés. Aussi, pendant près de quinze ans, l'extraction linéaire avec iridectomie fut-elle pratiquée par la plupart des ophthalmologistes du monde entier.

On pourrait cependant faire quelques reproches au procédé de de Graefe. La mutilation de l'iris entraîne une déformation et un agrandissement de la pupille, ce qui constitue un défaut à la fois esthétique et optique. En outre, il arrivait de temps à autre que les lèvres de la plaie n'étant plus protégées par l'iris, des lambeaux capsulaires venaient s'y engager et y restaient enclavés; de là, des tiraillements douloureux de la zonule, suivis quelquefois des accidents les plus graves.

Il semble qu'aujourd'hui l'on cherche à revenir au procédé de Daviel, à ne plus exciser l'iris.

Quelle est la raison de ce revirement dans la manière d'opérer des principaux ophthalmologistes? Est-ce un retour vers le passé? Est-ce par caprice, par mode, par esprit de nationalité, pour opposer un procédé français à un procédé allemand? Non; c'est simplement parce que des découvertes récentes de la plus haute importance ont permis de triompher de certaines complications du procédé de Daviel, presque inévitables jadis.

Les suppurations du lambeau cornéen étaient à craindre. Ce danger, si redoutable, est désormais écarté, grâce à l'emploi des lavages et des pansements antiseptiques.

Occupons-nous d'abord de ce premier point, si important.

Nous savons maintenant, par une expérience qui porte sur des millions de cas, que lorsque la plaie suppure après l'opération de la cataracte, c'est uniquement parce qu'elle a été infectée par des microbes pathogènes; la forme, l'étendue, le mode de section du lambeau n'y sont pour rien. Pour éviter la suppuration, il faudra donc apporter le plus grand soin à rendre complètement aseptique la surface conjonctivale et cornéenne, ce qui nous est très facile, grâce à l'emploi de la cocaïne. L'instillation de quelques gouttes de ce collyre dans la proportion de 2 0/0 suffit, en effet, pour anesthésier l'œil et lui permettre de tolérer les lavages nécessaires. Il faut être assuré que la solution est parfaitement aseptique, tous les collyres renfermant des alcaloïdes s'altèrent facilement et sont des milieux de culture favorables au développement des microbes. Il est donc utile de la rendre aseptique, ce à quoi on réussit aisément, en ayant soin de faire bouillir l'eau qui doit leur servir de véhicule et en y ajoutant une faible solution de sublimé. C'est faute d'avoir pris ces précautions qu'on a quelquefois, à tort, incriminé la cocaïne et qu'on a prétendu qu'elle pouvait provoquer des suppurations. J'en dirai autant des liquides antiseptiques qui doivent servir à nettoyer la plaie cornéenne. Le point important, c'est surtout qu'ils soient aseptiques, qu'ils ne renferment aucun germe; employés *larga manu*, ils servent à débarrasser la plaie de tous ceux qui peuvent y avoir été déposés.

Le choix du liquide antiseptique n'a pas grande importance. Qu'on fasse usage de faibles solutions de sublimé, de bi-iodure de mercure ou des solutions plus concentrées d'acide borique, cela importe peu. Chaque ophthalmologiste vante le sien et s'en trouve bien. C'est uniquement parce qu'on rend ainsi la plaie aseptique.

La preuve que l'asepsie joue un rôle plus grand que l'antisepsie nous est fournie par les magnifiques statistiques de Lawson Tait. Cet éminent chirurgien a eu la série extraordinaire de 130 ovariotomies opérées et guéries sans un seul insuccès; or, comme liquide antiseptique pour faire la toilette du péritoine, il emploie exclusivement l'*eau bouillie*, c'est-à-dire un liquide simplement aseptique.

Qu'on vienne encore après cela nous dire que la suppuration dépend de la constitution des sujets ou des procédés opératoires.

J'aborde à présent la question de l'instrumentation, qui a une certaine importance. L'emploi du couteau de de Græfe s'est tellement vulgarisé, il est devenu si familier à tous les chirurgiens oculistes qu'il en coûte de s'en passer. Et pourtant, si l'on revient au procédé de Daviel,

(1) Communication faite au Congrès français de chirurgie de 1886.

il faudra, je crois, revenir aussi aux instruments qu'il employait, au couteau de Richter et de Beer. En effet, le couteau de de Græfe a été imaginé pour faire des sections linéaires suivant presque des arcs de grand cercle de la sphère oculaire. Or ces sections s'entrebâillent facilement; dès que l'humeur aqueuse s'accumule dans la chambre antérieure, les lèvres de la plaie sont écartées l'une de l'autre et les liquides intra-oculaires s'échappent au dehors, en repoussant devant eux l'iris qui s'engage dans la plaie.

Il n'en est plus de même avec le couteau triangulaire qui taille la cornée en biseau, de telle sorte que les lèvres de la plaie, au lieu d'être écartées, sont pressées l'une contre l'autre dès que l'humeur aqueuse se reforme dans la chambre antérieure, l'iris, de la sorte, n'est pas repoussé au dehors.

Toutes les fois qu'on se sert du couteau de de Græfe, si l'on n'a pas la précaution de réduire l'iris avec beaucoup de soin et d'employer l'ésérine en collyre instillé dans la chambre antérieure ou en pommade entre les paupières, on est à peu près certain de voir survenir un prolapsus irien. Du temps de Daviel, au contraire, alors que l'ésérine était inconnue, cet accident était relativement rare. C'est donc bien en partie au mode de section qu'il faut attribuer cette différence.

La hernie de l'iris est chose fâcheuse qu'il faut éviter à tout prix; en effet, une fois produite, la portion herniée s'enflamme, perd de sa souplesse, de son élasticité et il devient impossible de la réduire; il faut donc l'exciser et cette opération, faite le lendemain ou le surlendemain, sur un iris en pleine réaction post-opératoire, est toujours pénible et délicate. On aura donc grand soin, une fois l'extraction terminée, de bien remettre l'iris en place au moyen de la spatule d'écaille, et distiller dans la chambre antérieure quelques gouttes d'une solution d'ésérine parfaitement aseptique.

C'est grâce à cette série de perfectionnements que nous pouvons aujourd'hui revenir sans crainte au procédé de Daviel. Tant que nous n'avons pas eu à notre disposition ces nouveaux agents thérapeutiques, le procédé d'extraction avec iridectomie a été supérieur au procédé de Daviel. Actuellement, ce dernier reprend ses avantages.

Est-ce à dire qu'il faudra désormais l'employer exclusivement et ne plus pratiquer l'iridectomie. Non certes, les cataractes incomplètes à évolution lente, celles qui sont compliquées d'adhérences à l'iris restent justiciables de l'iridectomie. Mais, dans les cataractes simples, il sera désormais possible de conserver la pupille intacte.

En terminant, qu'il nous soit permis de dire que c'est grâce aux efforts incessants et persévérants de MM. de Wecker, Panas, Galezowski que le procédé de Daviel restauré et perfectionné est appelé à donner désormais des résultats encore plus brillants que par le passé.

Concours pour les prix a décerner a MM. les élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices de Paris (année 1887). — Le lundi 9 mai 1887, à midi précis, il sera ouvert, dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, nº 3, un concours pour les prix à décerner aux Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les Elèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 4 avril et sera clos le lundi 25 avril, à trois heures

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon;

Par M. I. Straus, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

QUATORZIÈME LEÇON (1)

Le charbon externe de l'homme (Pustule maligne, œdème malin).

Sommaire : Description de la pustule maligne : symptômes locaux, symptômes généraux. Elle peut guérir spontanément. — Œdème malin. — Anatomie et physiologie pathologiques du charbon externe de l'homme. — Fréquence et importance des lésions gastro-intestinales secondaires.

Messieurs,

Au point d'inoculation apparaît une tache rouge, comme une piqûre de puce, s'accompagnant de prurit; à cette tache succède une petite vésicule aplatie, de couleur gris brunâtre, contenant une gouttelette de liquide séreux; la vésicule ne tarde pas à crever, soit spontanément, soit à la suite du grattage et laisse à découvert un fond rouge, livide, qui bientôt se dessèche et s'escharrifie. Il arrive parfois qu'au lieu de la vésicule initiale, c'est un bouton solide, une papule qui précède immédiatement l'escharre; d'autres fois, mais très exceptionnellement, au lieu d'une petite vésicule, « le charbon externe débute par une belle bulle jaune, ambrée, bien remplie et parfaitement tendue » (Bourgeois). L'escharre est le caractère le plus distinctif de la pustule maligne; de couleur jaunâtre au début, elle ne tarde pas à passer au jaune brun, puis au noir le plus foncé (d'où le nom de charbon); de grandeur et de profondeur variable selon le siège et la durée du mal, elle se forme aux dépens du corps muqueux de Malpighi et du derme; elle repose sur une base indurée et est enchâssée dans une zone d'empâtement œdémateux. Bientôt, autour de l'escharre centrale, se développent des vésicules groupées en cercle plus ou moins régulier; à leur apparition, elles sont encore fort petites; mais après un jour ou deux, elles augmentent de volume, et à mesure que l'escharre en s'étendant envahit celles qui formaient la partie interne du cercle, il en apparaît de nouvelles et de plus grosses à sa circonférence. Cette sorte de couronne de vésicules satellites est des plus caractéristiques; elles contiennent une sérosité jaune citron, ambrée ou brunâtre; souvent le cercle vésiculeux est incomplet et irrégulier.

Ceci se passe dans un temps variant entre un à trois ou quatre jours. A ce moment la base sur laquelle repose l'escharre et les parties environnantes se tuméfient et s'œdématient, en même temps que la peau qui les recouvre prend une teinte rouge livide; cet empâtement s'étend souvent très loin et peut envahir un membre tout entier, ou bien toute la face, le cou et la partie supérieure de la poitrine. Il est assez ordinaire d'observer, après quelques jours de durée, des traînées rouges formées par les lymphatiques superficiels enflammés, avec engorgement douloureux des ganglions correspondants; on voit aussi assez souvent au voisinage de la tumeur charbonneuse les veines sous-cutanées former des cordons durs et sensibles à la pression. D'une manière générale, l'absence de douleur vive dans les parties qui sont le siège de la pustule maligne est la règle; quand elle existe, la douleur est ordinairement obscure et ne se traduit que par une sensation de pesanteur et d'engourdisse-

1. Voir *Progrès médical*, 1886, nºˢ 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39, 40 et 1887, nºˢ 3, 6, 9 et 12.

ment; de là vient la sécurité de la plupart de ceux qui sont atteints du mal.

Tels sont les symptômes locaux de la pustule maligne; ce n'est le plus souvent que deux, trois ou quatre jours après que la tache initiale s'est montrée, que la fièvre se manifeste; elle débute par du malaise, quelquefois par un brisement général très marqué, des frissons plus ou moins intenses, de la céphalalgie. La température ne s'élève guère au-dessus de 40°.

M. le professeur Verneuil a appelé l'attention sur ce fait que l'élévation de la température, dans le charbon, est loin d'être proportionnelle à la gravité de la maladie; la fièvre peut complètement faire défaut pendant toute la durée de la maladie, et principalement dans les cas où la terminaison sera mortelle. La température baisse notablement dans les dernières heures qui précèdent la mort; dans un cas de pustule maligne de la face, MM. Regnard et Routier trouvèrent, plusieurs heures avant l'issue fatale, 33° dans le creux axillaire; MM. Frænkel et Orth virent la température tomber rapidement de 39°,1 à 36° pendant la période préagonale.

Dans les cas graves, les symptômes portant sur l'appareil digestif font rarement défaut. « La bouche est pâteuse ou amère, la langue saburrale, l'haleine fétide. Le plus souvent la soif est modérée; parfois il y a de la douleur à l'épigastre, il survient des hoquets, des nausées, puis quelques vomissements glaireux ou bilieux. La diarrhée ouvre quelquefois la série des troubles digestifs, ou bien il existe de la constipation, et la diarrhée ne survient que plus tard. Les urines sont rouges et briquetées; celles que nous avons examinées ne contenaient pas d'albumine. Ces troubles de l'organisme augmentent rapidement: les vertiges sont continuels, la marche devient vacillante ou impossible; les vomissements, d'abord rares, sont plus fréquents — nous les avons vus contenir du sang. — Des douleurs se manifestent dans l'abdomen, le ventre se météorise, la diarrhée apparaît ou continue si elle existe déjà, elle est fétide. Le malade a de l'anxiété, des syncopes, son pouls se déprime, son facies est hippocratique et prend, ainsi que ses mains, une teinte semblable à celle des cholériques; la peau se refroidit, la respiration s'accélère et devient inégale; une sueur froide et visqueuse couvre toute la surface du corps; bientôt on a de la peine à sentir le pouls; enfin il cesse de battre et la mort arrive » (Raimbert) (1). Parfois la mort est précédée de phénomènes convulsifs, tétaniques ou épileptiformes.

« Les auteurs, dit Bourgeois, un des observateurs qui ont le mieux approfondi l'histoire clinique du charbon, se répétant presque tous, ont signalé un délire sombre et tranquille survenant vers la fin de la maladie, lorsqu'elle doit avoir une terminaison fâcheuse. Ce fait est rare, très rare même; et le plus souvent la mort a lieu sans agonie, au milieu de la connaissance la plus parfaite » (2).

En somme on peut, avec Bourgeois, admettre deux périodes dans l'évolution de la pustule maligne; une première, où tout se borne aux symptômes locaux, d'une durée variant entre deux à quatre jours; une deuxième période, celle de généralisation, qui commence avec l'apparition des symptômes généraux et qui, lorsqu'elle doit entrainer la mort, dure communément de quatre à six jours. Lorsqu'au contraire, soit sous l'influenec du traitement institué, soit spontanément, la guérison s'effectue, ou bien la période d'intoxication fait complètement défaut, ou bien les phénomènes graves du début s'amendent graduellement. En même temps, les accidents généraux se dissipent, l'engorgement des parties qui entourent le foyer du mal diminue; l'escharre se limite nettement par un liséré jaunâtre et il s'établit un travail d'élimination, plus ou moins long selon l'étendue du mal; tantôt la chute de l'escharre s'effectue sans suppuration appréciable; d'autrefois elle ne se fait qu'au prix d'une suppuration abondante avec abcès phlegmoneux de voisinage; dans certains cas on a vu les malades succomber tardivement vingt, trente jours après le début du mal, à des accidents septiques ou pyémiques consécutifs au travail d'élimination de l'escharre. M. Nepveu a publié un cas de ce genre, recueilli dans le service de M. Verneuil; le malade mourut d'embolies septiques au vingt-deuxième jour d'une pustule maligne de la tempe (1).

La pustule maligne peut guérir spontanément, même alors qu'une fièvre intense et des phénomènes généraux en apparence très inquiétants se sont établis; Bourgeois, Raimbert, Reclus et la plupart des médecins qui ont observé en grand la pustule maligne en citent des exemples; on peut du reste ranger parmi les cas de guérison spontanée, comme le fait judicieusement remarquer Bourgeois, ceux dans lesquels cette guérison a été obtenue à la suite de remèdes plus singuliers et plus inactifs les uns que les autres, tels que les applications émollientes, l'oliban pulvérisé, la feuille de noyer, etc.

La gravité du charbon, chez l'homme, paraît varier quelque peu selon les races et les pays; ainsi, d'après Korányi, les cas de pustule maligne et d'œdème malin observés par lui et par d'autres en Hongrie, dans la vallée de la Theiss, seraient généralement plus bénins que les cas observés en France, par Raimbert et par Bourgeois (guérisons spontanées plus nombreuses, mortalité plus faible).

D'une façon générale, l'homme peut être considéré comme appartenant aux espèces animales qui offrent une assez grande résistance au charbon; elle est moins grande que celle des carnivores, mais comparable dans une certaine mesure, ainsi que le fait remarquer M. Colin, à celle que les animaux de l'espèce bovine ou chevaline présentent au charbon *inoculé*. Chez ces animaux de grande taille, ainsi que chez l'homme, des lésions locales considérables ont *le temps* de s'établir au lieu d'insertion du virus, ce qui ne s'observe pas pour le charbon inoculé des espèces particulièrement susceptibles, des moutons, par exemple, ou des rongeurs; nous avons vu aussi que, chez le bœuf surtout, comme chez l'homme, le charbon inoculé peut guérir spontanément après avoir causé des accidents locaux et généraux graves, des œdèmes énormes au point d'inoculation et une fièvre intense.

La pustule maligne siège presque toujours aux parties du tégument habituellement découvertes (84 0/0 des cas, d'après Virchow); d'après Bourgeois, le siège de prédilection est la face, et la moitié au moins des cas qu'il a observés occupaient cette région; puis viendraient, par ordre de fréquence, les parties latérales du cou, l'avant-bras, le dessus de la main, la jambe, le bras, le tronc. Sur un chiffre total de 1077 cas compulsés dans la littérature par M. W. Koch (de Dorpat), 601 cas occupaient la face et la tête, 370 cas le membre supérieur, 45 le cou et la nuque; les autres, en plus

(1) *Traité des maladies charbonneuses*. Paris, 1859, p. 116.

(2) Bourgeois. *Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin*. Paris, 1861, p. 60.

(1) Nepveu. *Mémoires de chirurgie*, Paris, 1880, p. 31.

petit nombre, siégeaient sur le tronc ou les membres inférieurs.

La pustule maligne, dans l'immense majorité des cas, est *unique;* quelquefois cependant on l'a vue en nombre multiple; Thomassin cite un homme qui en portait trois qu'il avait contractées en fouillant une vache charbonneuse; Bourgeois en a vu plusieurs fois deux simultanées; Raimbert, Œmler ont fait la même constatation.

Il y a des exemples de récidive de la pustule maligne; « le même individu, dit Œmler, peut avoir plusieurs fois la pustule maligne, sans atténuation de la disposition par une atteinte antérieure, même remontant à un court espace de temps. Il en existe beaucoup d'exemples (Pallas, Glanström, Wendroth, Herbot, Haupt, Siedrer, Hoffmann, Heusinger). Moi-même, chez deux bergers, j'ai vu deux récidives, au même bras, de la même intensité. Dans un cas, la deuxième infection eut lieu quelques mois après la première et fut plus dangereuse. D'autres vieux bergers, dignes de foi, m'ont assuré avoir eu plusieurs fois la pustule maligne. » M. R. Koch cite des observations analogues de Jarnowsky qui a publié cinquante cas de charbon humain; « deux hommes furent atteints deux fois dans l'espace de deux ans, et un autre trois fois en trois ans. »

On a voulu trouver dans ces faits un argument contre l'efficacité des inoculations charbonneuses préventives chez les animaux; mais l'objection tombe d'elle-même si l'on veut considérer que ces cas de récidive ne se rapportent qu'à l'accident *initial* du charbon, qui dans ces cas, s'est éteint sur place, soit spontanément, soit à la suite du traitement institué; l'infection générale de l'écomonie (telle qu'elle est obtenue chez les animaux par l'inoculation du virus atténué) ne s'est donc pas produite, car dans ce cas la mort en aurait sans doute été la conséquence; il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'immunité n'ait pas été conférée par une atteinte purement locale du mal.

Œdème malin. Dans l'immense majorité des cas, l'accident primitif du charbon externe est la pustule maligne classique; on doit à Bourgeois d'avoir fait connaître, en 1843, une forme beaucoup plus rare du charbon externe, qu'il a décrite sous le nom d'*œdème malin* ou *charbonneux des paupières*, à cause de son siège de prédilection, mais qui depuis a été observée sur d'autres régions du corps. « Au point d'inoculation on voit apparaître un gonflement pâle, incolore, tremblotant, sans la moindre douleur. Ce n'est qu'après plusieurs jours et après avoir acquis un développement peu marqué, que ce dernier présente des vésicules et quelquefois des escharres, aux paupières notamment; mais à son origine la peau est lisse, et il n'y a pas la plus petite trace de bouton (1). » On voit que cet accident initial du charbon rappelle beaucoup l'œdème gélatiniforme, tremblotant, que l'on observe sous la peau chez les moutons, et les rongeurs, à l'endroit où a été pratiquée l'inoculation charbonneuse. Les symptômes généraux ne diffèrent en rien de ceux de la pustule maligne, si ce n'est, d'après Bourgeois, qu'ils marchent souvent avec plus de rapidité et qu'ils sont ordinairement plus formidables; l'absence de réaction locale suffisante au point d'insertion du virus entraîne sans doute une invasion plus rapide et plus facile des voies lymphatiques et sanguines.

Anatomie et physiologie pathologiques de la pustule maligne. — Si, chez le vivant, on examine la sérosité de la vésicule centrale ou des vésicules satellites du charbon, on constate dans cette sérosité des globules rouges, fort peu de leucocytes et des bactéridies caractéristiques, presque toujours mêlées à d'autres microbes accidentels. Souvent les bactéridies sont en très petit nombre et il faut, pour les déceler avec sûreté, recourir aux colorations ou à la culture. Parfois l'examen microscopique, ainsi que l'inoculation du contenu des vésicules à des animaux très sensibles au charbon, au lapin ou au cobaye, donnent des résultats négatifs, alors cependant qu'on a bien affaire à une vraie pustule maligne (1); dans ce cas les bactéridies ont disparu dans la sérosité, détruites sans doute par la concurrence des bactéries saprophytes qui s'y développent.

Il est assez rare que l'on ait l'occasion d'examiner anatomiquement des pustules malignes qui n'aient pas été modifiées par un traitement local, et surtout par des cautérisations. La première recherche histologique sur la constitution de la pustule maligne est due à Davaine. Il put pratiquer l'examen de deux pustules malignes excisées au 2e et au 3e jour de leur développement et conservées dans l'acide chromique. Les coupes furent soumises à l'action prolongée de la potasse caustique, qui dissocie et dissout les éléments de la peau en respectant les bactéridies. Il constata que « les bactéridies occupent le centre de la pustule et sont situées dans la couche de Malpighi, au-dessous de la couche épidermique superficielle; elles n'y sont pas uniformément réparties, mais par ilots, séparés par des cellules épithéliales normales; ces groupes sont formés par des milliers de bactéridies formant un feutrage très compact (2). »

M. Koch extirpa une pustule maligne d'une durée plus ancienne, datant de huit jours et siégeant à la partie supérieure de la région sternale; la pièce fut durcie dans l'alcool absolu et colorée par les couleurs d'aniline. « La tumeur se montra formée par une substance fibrineuse dans laquelle, à part les bactéries, on ne discernait aucun élément; ce n'est que sur le fond de la tumeur, au niveau du chorion, qu'on trouvait des cellules rondes, munies de noyaux. Là où la tumeur était encore recouverte d'épiderme, on ne trouvait que des bactéridies placées dans la substance fibrineuse, en nombre d'autant plus grand que l'on se rapprochait de la couche épidermique. Mais les parties de la tumeur privées d'épiderme étaient envahies par d'autres espèces de bactéries qui étaient mêlées aux bacilles du charbon, ou les remplaçaient entièrement. Une preuve que leur invasion était consécutive à celle des bactéridies, c'est que celles-ci occupaient toujours les couches profondes, les autres microbes (bactéries, micrococcus) se trouvant dans la couche superficielle (3). »

M. Cornil a eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomique de plusieurs pustules malignes; dans deux cas

(1) Bourgeois. *Op. cit.*, p. 293.

(1) Il y a longtemps que Maunoury (de Chartres) a appelé l'attention sur ce fait et a constaté que la sérosité de la pustule maligne, inoculée à des brebis ou à des lapins, peut ne donner aucun résultat, tandis que l'insertion sous la peau de ces animaux de l'escharre entière excisée donne presque infailliblement le charbon (*Recherches expérimentales sur l'inoculation de la pustule maligne de l'homme aux animaux* (*Gaz. méd., de Paris*, 1855, p. 351). — C'est à l'Association médicale d'Eure-et-Loir que l'on doit les premières expériences d'inoculation de la pustule maligne de l'homme aux animaux; ces expériences montrèrent que « la pustule maligne de l'homme introduite dans le tissu cellulaire d'un mouton ou d'un lapin, le fait mourir en 48 heures du charbon ».

(2) Davaine. — *Recherches sur la nature et la constitution anatomique de la pustule maligne* (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1865, t. LX, p. 1296).

(3) Koch (R.). *Mittheil. aus dem kais. Gesundheitsamte*, 1881, Bd. I, p. 42.

où la pustule remontait à douze et quinze jours, on ne put déceler, à l'aide des colorations, les bacilles caractéristiques ; dans un troisième cas « la peau œdématiée, étudiée sur les coupes au voisinage de l'escharre, montrait dans toute l'étendue du derme et du tissu cellulo-adipeux sous-cutané une quantité colossale de bactéridies caractéristiques. Celles-ci siégeaient surtout dans le tissu conjonctif, entre les faisceaux, dans les vaisseaux lymphatiques, à la périphérie des cellules adipeuses, et elles étaient accompagnées presque partout de cellules migratrices (1). »

La pustule maligne est une lésion propre à l'homme et qui ne s'observe pas, avec ses caractères particuliers, chez les animaux. Davaine a essayé de la reproduire expérimentalement chez le cobaye, en provoquant sur la peau de cet animal une vésicule à l'aide d'une brûlure par un fer chauffé et en introduisant dans la vésicule ainsi obtenue du sang charbonneux; l'animal mourait du charbon, mais sans présenter, au lieu d'inoculation, une lésion comparable à la pustule maligne. J'ai moi-même fait plusieurs tentatives analogues, en piquant très superficiellement la peau rasée de lapins ou de cobayes avec la pointe d'une lancette chargée de sang charbonneux; en opérant ainsi, ou je n'obtenais aucun résultat, ou l'animal périssait du charbon en présentant au point d'inoculation l'œdème gélatiniforme bien connu et qui ne rappelle en rien la pustule maligne.

L'empâtement œdémateux qui entoure la pustule maligne consiste surtout en une infiltration œdémateuse du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, pauvre en leucocytes et ne renfermant le plus souvent qu'un petit nombre de bactéridies. Chez l'homme, comme chez les animaux, la bactéridie n'évoque pas de processus pyogène.

Souvent, sur le cadavre, et très rapidement, il se développe dans le voisinage de la tumeur charbonneuse un emphysème sous-cutané plus ou moins étendu; ce développement de gaz est un résultat de putréfaction commençante et n'est pas provoqué par le bacillus anthracis.

Les ganglions lymphatiques correspondants à la région où siège la pustule maligne sont habituellement augmentés de volume, d'une couleur rouge brun, analogue à celle de la pulpe splénique; souvent ils sont entourés d'une atmosphère celluleuse infiltrée et ecchymotique. A l'examen microscopique, on constate que ces ganglions sont remplis par un véritable feutrage très serré de bactéridies.

Le sang présente les mêmes caractères que celui des animaux morts du charbon (globules rouges agglutinatifs, cessant de s'empiler, leucocytose, présence de bactéridies dans les espaces clairs entre les globules). Comme chez les animaux, les bactéridies n'apparaissent dans le sang que quelques heures avant la mort et leur nombre augmente à mesure que la terminaison approche; comme pour les animaux, une fois que l'on constate la présence de bactéridies dans le sang, on peut affirmer que le pronostic est fatal et que la mort est prochaine.

Les lésions secondaires de l'estomac, de l'intestin grêle et souvent du gros intestin sont extrêmement fréquentes, sinon constantes, et très accusées, lorsque la pustule maligne entraine la mort. Fournier, Rayer, Houël les avaient déjà signalées; il y a trente ans, M. Verneuil a publié un exemple remarquable de lésion gangréneuse de la muqueuse stomacale, dans un cas de pustule maligne (1).

(1) Cornil et Babès. *Des Bactéries*, 1re édit., 1885, p. 503.

Dans une autopsie de pustule maligne que j'ai eu occasion de pratiquer, ces lésions stomacales et intestinales étaient particulièrement prononcées :

Il s'agit d'une femme de 32 ans, travaillant dans une fabrique de crins ; le 16 mai 1882, elle se sentit piquée à la joue droite par un petit fragment de crin ; elle retira elle-même ce crin et continua son travail sans s'en préoccuper. Une pustule maligne se développa au niveau de la piqûre ; elle entra dans le service de mon collègue et ami M. Lucas-Championnière, et elle mourut du charbon type, le 22 mai. Voici les lésions constatées sur le tube digestif :

« L'*estomac* présente quelques ecchymoses sous la séreuse. La muqueuse offre par places des plaques saillantes, de couleur rouge foncé, ecchymotiques, ressemblant à des *furoncles*, les unes de la dimension d'une pièce de 50 centimes, les autres, plus nombreuses, du diamètre d'une lentille ; le centre de ces sortes de furoncles est d'un rouge presque noir, entouré d'une zone d'un rouge plus clair.

« L'*intestin grêle*, sur le jéjunum et l'iléon, présente les mêmes lésions que l'estomac; des sortes de furoncles dont le centre jaunâtre ou noirâtre est entouré d'une zone d'hyperémie ecchymotique, siégeant de préférence sur la partie libre des valvules conniventes ; toutefois, en aucun point, la détersion de ces sortes de pustules charbonneuses ne s'est faite. Plaques de Peyer nettement dessinées, mais paraissant saines.

« Sur le *cæcum*, à six centimètres au-dessous de la valvule, plaque d'aspect gangréneux, jaune foncé au centre, ressemblant à un bourbillon, et entourée d'une auréole rouge ecchymotique.

« Des coupes pratiquées au niveau de ces plaques gangréneuses et colorées au violet de gentiane, montrèrent une infiltration énorme de toutes les tuniques par des bactéridies » (2).

A ce point de vue, les choses se passent pour le charbon externe de l'homme comme pour le charbon inoculé expérimentalement sous la peau chez les grands animaux (moutons, bœufs) où les lésions gastro-intestinales sont aussi très accusées et presque constantes, contrairement au charbon inoculé des rongeurs, où elles font presque entièrement défaut.

La rate est généralement augmentée de volume, quoique dans de moindres proportions que chez le mouton et les rongeurs. Le foie et les reins offrent ordinairement, à l'examen à l'œil nu, un aspect normal; l'hématurie, si fréquente chez le mouton, n'a jamais, à ma connaissance, été notée chez l'homme. On a signalé des foyers d'apoplexie pulmonaire et des hémorrhagies cérébrales ou méningées, mais ce sont des lésions qui n'ont rien de constant.

Quant aux lésions histologiques que révèle l'examen microscopique des divers organes, pratiqué à l'aide des méthodes actuelles d'investigation, elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qui ont été décrites précédemment, à propos du charbon chez les animaux.

(A suivre.)

(1) Verneuil-Houël. *Pustule maligne du dos de la main, taches gangréneuses de la surface interne de l'estomac.* (*Gaz. hebdom.*, 1857, p. 368.)

(2) Straus. *Cas de charbon mortel* (*Archives de Physiologie*, 1883, t. I, p. 298).

ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE TYPHOIDE. — L'École normale d'institutrices de la Loire-Inférieure vient d'être licenciée à la suite d'une épidémie de fièvre typhoïde. — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit très violemment à la caserne d'infanterie de marine de Cherbourg ; comme à Brest et à Lorient, on l'attribue à la souillure des eaux.

CLINIQUE INTERNE

Tuberculose miliaire des poumons. — Tuberculose des trompes utérines (1);

Par L. SECHEYRON, interne des hôpitaux.

W..., 25 ans, mécanicienne, entrée le 26 septembre 1886 dans la salle Sainte-Marie avec un état fébrile très accentué et des douleurs abdominales.

Cette malade, née d'une mère tuberculeuse. bien portante dans son enfance, a été réglée à 11 ans, ses règles ont été régulières.

A 19 ans, elle est devenue enceinte et a accouché à terme d'un enfant vivant. Bien que les suites de couches aient été bonnes, la malade a éprouvé des pertes blanches depuis cette époque.

Il y a 11 mois, les règles se supprimèrent sans cause apparente. La santé était restée satisfaisante jusqu'à la fin de juin. A cette époque, à la suite de travaux pénibles, elle dut prendre le lit. Des douleurs abdominales atroces accompagnées de ballonnement du ventre,de vomissements bilieux, se déclarèrent très brusquement. La malade garda le repos absolu au lit ; traitement : vésicatoire, potions calmantes. Les douleurs s'amendèrent, l'état fébrile brusque du début céda; mais la malade ne put recouvrer la santé et entra à l'hôpital trois mois après le début des accidents. A son entrée, la malade paraissait atteinte d'une affection aiguë grave. Elle était pâle, amaigrie, le visage blafard, les traits tirés, T. 39°. Le ventre était ballonné, très douloureux. Au-dessus du pubis, on sentait une sorte de plastron induré, assez épais, s'élevant à un demi-travers de main au-dessus du pubis, se prolongeant à droite dans la fosse iliaque avec une sorte d'empâtement mieux perceptible par le toucher vaginal. Par le toucher, on trouvait un col immobilisé au centre du fond du vagin. Ce col formait comme la clef de voûte du vagin, sur laquelle venaient rayonner, à droite et à gauche, des cordons indurés, bord inférieur des ligaments larges. Les culs-de-sac latéraux étaient étendus, empâtés, profonds ; à droite au-dessus du vagin, on sentait une masse mal délimitée, arrondie, paraissant correspondre à l'empâtement perçu par la paroi abdominale. Le toucher était douloureux. Le vagin chaud. Il n'existait ni écoulements sanguins, ni écoulements purulents. Constipation. Pas de trouble de la miction, pas d'albumine. Les jours suivant son entrée, la respiration devint rapide, la malade se plaignit de points de côté. A l'auscultation, il fut facile de reconnaître tous les signes d'une broncho-pneumonie limitée au lobe inférieur du poumon droit en arrière. Application de vésicatoire, potions calmantes.

L'affection pulmonaire évolua rapidement et dans un espace de huit jours, la respiration devint libre. Toutefois, les poumons restèrent suspects : au sommet, on entendait une respiration prolongée, et parfois quelques petits râles sous-crépitants. A la base du poumon droit, persistèrent des frottements pleurétiques et quelques râles sous-crépitants. L'état général devint meilleur ; toutefois, la malade restait sans appétit et ne pouvait se lever.

Vers le 8 novembre, la situation qui paraissait très améliorée empirait. La malade éprouvait le soir quelques frissons, la température oscillait entre 39° et 40°. Plusieurs fois elle eut à cette époque des frissons avec claquements de dents durant une demi-heure environ. Le ventre devint fort douloureux ; à la partie antérieure, au-dessus du pubis on sentait une rénitence, une sensation de plastron moins nette. Le cul-de-sac droit était rempli par une tumeur du volume d'une petite pomme et de nature probablement inflammatoire. Cette tumeur envahissait le cul-de-sac postérieur en partie et refoulait le col de l'utérus en entier à gauche et en avant, De consistance rénitente, souple et lisse à la surface, elle paraissait être formée par une poche distendue par du liquide. Le corps de l'utérus ne pouvait être perçu, étant donné surtout la sensibilité du ventre sur les côtés du col et à droite, on sentait des petits battements; pouls vaginal.

L'état de la malade empire rapidement. Des points douloureux sur les côtés du thorax se manifestent. Des vomissements bilieux, par leur fréquence, par leur caractère presque porracé, le ballonnement et surtout la sensibilité extrême du ventre, firent craindre une terminaison rapide par une péritonite purulente.

La malade tomba dans la cachexie, eut du muguet, de la diarrhée. Des signes de pleurésie avec épanchement furent perçus à droite ; le peu d'abondance de l'épanchement empêche de pratiquer la thoracentèse. — T. entre 38° et 37°.

La malade succomba le 3 décembre, après une longue agonie de plusieurs jours.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. *Thorax.* — Adhérences pleurales récentes, lâches, dans la plèvre gauche, surtout au niveau du lobe supérieur. Adhérences pleurales à droite plus serrées ; à la partie inférieure, et reposant sur le diaphragme, on constate une loge du volume du poing renfermant un liquide séro-purulent. Les plèvres qui font partie de la loge sont épaissies.

Poumons. — A la coupe, il est facile de constater un semis de granulations tuberculeuses, jeunes, non caséifiées. On ne trouve pas au sommet de lésions tuberculeuses anciennes. Le semis de granulations est surtout marqué au poumon droit et dans le lobe inférieur. Foie gros, 2 kil. 400, presque doublé de volume.

Organes du bassin. — Il faut déchirer des adhérences lâches qui relient la masse intestinale aux organes du bassin pour apercevoir l'utérus. L'utérus paraît petit, refoulé en arrière. En avant, dans le cul-de-sac vésico-utérin, on constate une loge du volume et de la forme d'une grosse noix aplatie. Les parois de cette loge sont noirâtres, parsemées de petites taches blanchâtres, surtout à droite, au niveau de l'insertion du ligament rond. Le contenu de cette loge consiste en une petite quantité de liquide séro-purulent, renfermant des débris de fausses membranes. Le cul-de-sac recto-utérin est rempli en partie par le rectum replié sur lui-même et adhérent à la paroi postérieure de l'utérus. Ce cul-de-sac est, du reste, presque effacé, grâce à la présence de deux petites masses placées de chaque côté de l'utérus. Ces masses sont formées de chaque côté par la trompe et l'ovaire. La masse gauche se compose de l'ovaire à peu près normal, offrant à la coupe plusieurs corps jaunes, assez récents, et un corps rouge du volume d'un grain de mil, témoignage irrécusable de menstruation dans le cours de l'aménorrhée. La trompe, maintenue contre l'ovaire en plusieurs points, par quelques adhérences, paraît saine. Le pavillon est libre, mais l'extrémité externe de la trompe est obstruée. Il existe en ce point un kyste du volume d'une noisette. Ce kyste est rempli d'un liquide transparent, très fluide. La masse droite est formée de l'ovaire et de la trompe dilatée. Les lésions de ces organes sont les plus intéressantes de l'autopsie. La trompe dilatée offre environ le volume d'un œuf de poule. Elle renferme un liquide séro-purulent, dans lequel nagent comme des grumeaux caséeux. Ce liquide est absolument comparable à celui d'un abcès froid L'extrémité externe de la trompe est adhérente à l'ovaire, de telle sorte qu'après la coupe de ce dernier organe il est difficile de préciser leur limite.

L'ovaire paraît sain, malgré l'ensemble des adhérences qui l'entourent. On trouve dans son intérieur un petit caillot rouge renfermé dans une loge du volume d'un petit haricot. Ce caillot est évidemment le vestige d'une menstruation et ne saurait mieux être comparé qu'aux kystes sanguins de l'ovaire, décrits par Robin. Les ligaments larges sont épaissis, chargés de tissu adipeux. Ces pièces, à l'état frais, offraient d'une manière frappante l'état des ganglions pelviens. Leur disposition permettait de les diviser en trois groupes. Les ganglions supérieurs offraient une chaîne non interrompue en avant et le long de la trompe, les plus volumineux comparables à de petits haricots, étaient situés à gauche à la partie externe de la trompe, et, à droite, à la

(1) *Communication à la Société anatomique*; séance du 10 décembre 1886.

partie interne de la trompe du même côté. Cette chaîne se composait de sept à huit ganglions reliés entre eux. Les plus petits étaient du volume d'un petit pois. Les ganglions moyens, intra-ligamentaires, peu nombreux, étaient disposés surtout le long des vaisseaux utérins. Les ganglions inférieurs (cinq à six), entouraient les parties latérales du col, au niveau des insertions vaginales. Au reste, tout le long des parties latérales du vagin, on voyait s'étager des ganglions identiques par leur volume, petit pois, et leur consistance assez ferme. Aucun n'offrait de caséification. A la base du ligament large et de chaque côté des insertions vaginales, on trouve des noyaux de tissu conjonctif, trace d'une phlegmasie péri-utérine ancienne. A la coupe, ces noyaux sont bien différents du tissu lymphatique; leur volume est celui d'un gros pois. L'utérus paraît absolument sain. Dimensions : Col, $0^m,03$; corps, $0^m,28$. La cavité du corps est fort petite. Le fond de l'utérus n'offre pas une surface concave comme à l'ordinaire. Il est au contraire convexe, empiète légèrement sur la ligne médiane, de telle sorte que sur le fond de l'utérus se dessinent deux conduits se terminant à l'orifice interne des trompes. L'orifice gauche est perméable, tandis qu'il est impossible de faire passer un crin à travers l'orifice droit dans la trompe du même côté. Vagin sain. Vessie, rectum sains en apparence.

Réflexions. — L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre le tableau d'une tuberculose miliaire du poumon survenant dans le cours d'une tuberculose des trompes utérines. Pour être plus exact, mentionnons simplement ces tuberculoses comme coexistantes. L'affection utérine a été remarquable par son évolution aiguë, franche. De nombreuses causes devaient égarer le diagnostic. L'état fébrile très accentué, les symptômes abdominaux, vomissements, douleur, ballonnement, étaient comparables à ceux d'une phlegmasie péri-utérine, avec complications péritonéales. L'état local, la tuméfaction perçue à droite de l'utérus et la répétition des frissons avec claquement de dents, faisaient pencher à la fin de la maladie, vers une pyohémie, terminaison de péritonite purulente. Les lésions broncho-pulmonaire, pleurétique, l'état cachectique de la malade ne pouvaient que laisser engager le médecin dans cette fausse voie. Il eût été cependant possible d'éviter l'erreur, grâce à l'intervention du microscope. Les *alternatives* de poussées pelviennes et pulmonaires n'ont pas fait complètement défaut, mais il n'y a pas eu d'alternative franche, de balancement entre les symptômes pelviens et thoraciques. Toutes les modifications ont été bornées à une simple atténuation des deux ordres de symptômes. Ce caractère si particulier de la coexistence des affections tuberculeuses des poumons et des organes génitaux a fait défaut. Cependant, après la disparition des phénomènes d'auscultation de la base du poumon droit (broncho-pneumonie) et à la constatation d'une tuberculose douteuse aux deux sommets, le doute aurait dû naître sur la nature purement franche de la phlegmasie péri-utérine. Le tuberculeux n'est pas à l'abri des causes d'une affection phlegmoneuse. Ce principe rationnel, appliqué à notre malade, devait faire persister l'esprit dans l'erreur. La découverte du bacille tuberculeux aurait seule assigné à l'affection pelvienne sa véritable nature ; mais une recherche infructueuse n'aurait pu servir de point d'appui à une conclusion absolue et de telles recherches sont parfois fort longues et trop souvent restent sans résultat. L'autopsie a fait connaître plusieurs points intéressants : la tuberculose des trompes est marquée à droite par un liquide comparable à celui des abcès froids, qui distend la trompe, et à gauche par plusieurs granulations caséeuses semées sur plusieurs points de la muqueuse tubaire.

Les vestiges de pontes ovulaires chez cette femme atteinte d'aménorrhée totale depuis onze mois doivent attirer l'attention. Des corps jaunes, des caillots même, indices de pontes récentes, ont été déjà marqués un certain nombre de fois dans les conditions de notre malade. Leur interprétation en faveur d'une disjonction entre l'irritation et la menstruation a été donnée par M. de Sinety ; mais les adversaires de cette disjonction, tout en acceptant ces faits contradictoires en apparence, de leur théorie, donnent l'explication rationnelle de l'aménorrhée. Les *pertes blanches*, l'absence de tout écoulement sont des effets régis par une même cause : la tuberculose. Leur apparition précoce, leur marche, permet de les mettre au rang des manifestations de la tuberculose au même titre que la chlorose. Ces conclusions se dégagent de toute étude de la tuberculose génitale (1). Elles nous ont également été inspirées par notre ami et collègue Marfan dont les travaux sur la tuberculose sont si bien appréciés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine. — Cours de Pathologie expérimentale : M. le professeur Vulpian.

Contrairement aux indications de l'affiche qui annonçaient l'étude du système vasculaire, M. Vulpian a choisi pour objet de son cours la pathologie expérimentale de l'appareil respiratoire. Dans la première leçon, qui a eu lieu mardi 22 mars, à 4 heures, dans le petit amphithéâtre, M. Vulpian a exposé le programme qu'il compte suivre cette année. En quelques mots il a rappelé les notions anatomiques les plus indispensables, puis il a passé en revue les importantes questions d'étiologie que soulève l'étude des maladies du système respiratoire. Ces maladies occupent le premier rang au point de vue du nombre, le poumon semble en effet offrir la plus large porte d'entrée aux causes de destruction qui envahissent le corps humain. Or, ces causes de destruction ne seront bien connues que le jour où il sera possible de les reproduire expérimentalement, cette reproduction a d'ailleurs été réalisée pour quelques-unes d'entre elles. Mais ce contrôle est devenu beaucoup plus complet, beaucoup plus efficace depuis que les cultures microbiennes ont permis de reconnaître les origines de plusieurs des maladies qui atteignent le poumon. M. Vulpian saura faire la part de ces notions nouvelles dans ses recherches de pathologie expérimentale et dans ses démonstrations aux élèves; les inoculations aux animaux lui donneront, il l'espère, des résultats qu'il pourra mettre sous les yeux de ses auditeurs. Mais, si partisan des méthodes expérimentales qu'il puisse être, il ne saurait approuver les tentatives de plusieurs médecins qui n'ont pas craint d'inoculer à l'homme des cultures microbiennes dont ils voulaient reconnaître l'efficacité; il blâme sévèrement les expériences qui ont été faites sur des malades pour étudier la virulence des microbes de l'érysipèle ou de la blennorrhagie. C'est aux méthodes précises de la physiologie qu'il faut demander l'explication des phénomènes qui se présentent chez l'homme malade; mieux que tout autre, M. Vulpian sait quel secours ces méthodes peuvent apporter aux examens cliniques et aux études étiologiques. Le cours aura lieu les mardis et samedis à quatre heures; la leçon du jeudi sera remplacée par une conférence dans le laboratoire. Nous engageons vivement les étudiants à suivre les cours de M. Vulpian ; les élèves de 2e et 3e année auront, du moins, la satisfaction d'entendre exposer par un physiologiste les notions physiologiques qui ne sont pas enseignées actuellement à la Faculté.

(1) Verneil. Th. Paris 1880. — Leplichey. Th. Paris 1883.

Faculté de médecine. — Cours d'obstétrique : M. le professeur Tarnier.

Lundi dernier, 21 mars, à midi, M. le professeur Tarnier a commencé son cours dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Fidèle au programme qu'il s'est tracé dès le début de son enseignement professoral, en 1884, M. Tarnier doit terminer pendant ce semestre le cours d'obstétrique qu'il s'est proposé de compléter dans un laps de quatre années. Il a exposé jusqu'ici la grossesse, l'accouchement normal, les opérations obstétricales, la pathologie de la grossesse. Il lui reste à traiter de la dystocie : ce sera l'objet des leçons du présent semestre. Avant d'aborder toutefois l'étude des difficultés et accidents de l'accouchement, il envisagera rapidement quelques points de la pathologie de la grossesse, des avortements et de la grossesse extra-utérine, qui n'ont pu trouver place dans le cycle des leçons des années précédentes. A plusieurs reprises déjà nous avons signalé à nos lecteurs l'excellence et les avantages de la méthode actuelle de l'enseignement de l'obstétrique à la Faculté, méthode qu'a inauguré M. Tarnier. Chaque année, en effet, l'étudiant est à même de parfaire son éducation obstétricale, au cours de deux semestres, grâce à l'institution des cours complémentaires. Ainsi le professeur aura pu attribuer à l'exposé de son programme un développement jusqu'ici inusité, en le scindant en quatre parties ; il aura pu, au lieu d'une simple et aride nomenclature de faits, joindre en quelque sorte la leçon clinique à la leçon théorique en prenant le soin de mettre toujours à côté du fait dogmatique énoncé l'exemple clinique destiné à le fixer dans la mémoire. Une telle façon de procéder à l'enseignement aura servi, on peut le dire, à établir une transition toute naturelle pour la transformation de la chaire de théorie en chaire de clinique d'accouchements, transformation, soit dit en passant, de tous points désirable pour les élèves auxquels la Faculté ne peut offrir pour l'enseignement officiel que les ressources trop restreintes de l'hôpital des cliniques. La première leçon du cours a été consacrée à l'étude de l'hydropisie de l'amnios. Passant successivement en revue la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie de cette maladie de l'œuf, M. Tarnier s'est contenté de faire connaître en peu de mots les seules données précises actuellement acquises au sujet de la pathogénie, et dont la science est redevable en grande partie aux recherches expérimentales de son élève Bar. Passant ensuite à l'étude des lésions de l'œuf et signalant la coincidence fréquente des malformations fœtales et de l hydramnios, le professeur est venu, suivant sa coutume, mettre la preuve à côté de l'assertion en présentant à son nombreux et sympathique auditoire, un monstre pseudo-encéphalien, tout récemment recueilli, dans un cas d'hydramnios, dans son service de la Maternité.

Faculté de médecine. — Cours de pathologie et thérapeutique générales : M. Troisier.

M. Troisier, devant un auditoire d'environ 150 étudiants, a débuté par un éloge de M. Bouchard qu'il supplée. Son cours sera exclusivement consacré à la pathologie générale ; le professeur étudiera d'abord les *maladies virulentes et infectieuses*, la *nature des contages* et la *physiologie des virus*, l'*immunité par la vaccination*, etc., puis le *rôle pathogène des microbes dans l'inflammation et la fièvre*.

Dans la première leçon, M. Troisier développe quelques considérations générales sur la *virulence* et la *contagion*. M. Troisier a soutenu avec raison qu'à chaque maladie infectieuse correspond un micro-organisme. Il a alors étudié comme types le charbon et le choléra des poules.

M. Troisier est pastorien (c'est un des mots à la mode) ; nous sommes loin de l'époque (1879) où les médecins étrangers, élevés dans les doctrines microbiennes, étaient accueillis par les sarcasmes de la presque unanimité des médecins et professeurs français. Toutefois, M. Troisier nous a semblé un pastorien qui ne paraîtra peut-être pas à certains assez enthousiaste ; il est réservé et prudent. Il n'a pas hésité à rendre justice à quelques-uns des prédécesseurs de M. Pasteur, tant anciens que modernes, à MM. Davaine, Toussaint, etc. Il eut pu ajouter que si les doctrines microbiennes dans leur période contemporaine ou scientifique ont trouvé une assise sérieuse dans les travaux des chimistes sur la fermentation, l'honneur de cette application de la théorie des ferments à l'étiologie des maladies et à leur traitement revient avant tout aux médecins, et surtout, malheureusment, aux médecins étrangers. Ce n'est certes pas d'aujourd'hui que date l'enseignement de ces théories (Klebs, Recklinghausen, etc.), mais le perfectionnement des procédés de culture, les méthodes de coloration ont dans ces dernières années fait accomplir à la bactériologie des progrès considérables.

En terminant, nous dirons que le cours de M. Troisier mérite d'être suivi par les étudiants, d'autant plus qu'il nous a semblé que le professeur avait l'intention de rendre ce cours le plus pratique possible, en y adjoignant une partie expérimentale.

Faculté de médecine. — Conférences de pathologie générale : M. Landouzy.

Beaucoup de monde dans le grand Amphithéâtre de la Faculté pour écouter et applaudir M. Landouzy, un des ardents défenseurs des idées nouvelles et de la conception neuve de la pathologie générale, telle qu'on la comprend aujourd'hui. Définissant d'abord l'objet de ces conférences, M. Landouzy explique qu'à côté de l'enseignement supérieur du maître, le professeur Bouchard, qui étudie des points particuliers et conduit les élèves sur un terrain neuf, leur ouvrant de nouveaux et larges horizons, lui, chargé d'une tâche plus humble, leur exposera dans leur ensemble les éléments de la pathologie générale. Après une revue rapide des idées générales qui depuis le commencement du siècle ont successivement dominé en pathologie générale, M. Landouzy montre l'importance de cette étude ; une nombreuse série d'exemples cliniques lui sert à prouver que partout et toujours la détermination locale de la maladie ne saurait être comprise sans le secours de la pathologie générale. Dans la série des leçons suivantes, M. Landouzy étudiera successivement le terrain organique sur lequel va évoluer la maladie, comment elle se développera, évoluera et se terminera, par quoi elle se manifestera. Cette description des grands processus, puis de la marche des maladies sera complétée par une étude de séméiotique, de diagnostic et enfin de thérapeutique envisagé à un point de vue général. Ainsi comprise et mise au point, exposée par un professeur aussi précis que M. Landouzy, l'étude de la pathologie générale élémentaire, ordinairement négligée, pourra être faite avec fruit par tous les étudiants en médecine qui auront tout à gagner en suivant ces intéressantes conférences.

Faculté de médecine. — Conférences de pathologie externe : M Kirmisson.

C'était mardi, à 5 heures, que M. Kirmisson faisait sa première conférence de *pathologie externe* dans le grand Amphithéâtre de la Faculté. L'auditoire, composé surtout de jeunes élèves, était assez nombreux. Ces conférences ont pour objet les *affections chirurgicales de la tête*, y

compris les yeux et les oreilles, du *cou* et de la *colonne vertébrale*. Il est à craindre qu'elles n'aient moins de succès qu'elles ne le méritent, M. Kirmisson ayant précisément traité cette même partie de la pathologie dans le manuel qu'il a récemment publié en collaboration avec MM. Bouilly, Peyrot et Reclus.

Dans ce vaste programme, M. Kirmisson n'a pas la prétention de tout faire complètement, mais d'insister surtout sur les points difficiles et particulièrement intéressants. Il se place à un point de vue très pratique, appuyant autant que possible chacune de ses propositions d'observations typiques qui rendent plus frappant et moins aride l'exposé des faits, répétant au besoin les explications difficiles à saisir, mettant en relief avec soin les points capitaux, laissant de côté les questions de doctrine et insistant avec raison sur les indications opératoires. Tout cela d'une voix qui s'entend suffisamment malgré l'étendue de l'amphithéâtre et dit dans un style précis, sans prétention, permettant aux élèves de prendre utilement des notes. Dans cette première conférence, M. Kirmisson est entré dans le cœur de son sujet en traitant les *plaies de tête*, et faisant l'*anatomie pathologique* et la *pathogénie des fractures du crâne*, sujet assez aride pour bien apprécier ses qualités.

Faculté de médecine. Conférences de médecine opératoire : M. Segond.

Un nombreux auditoire, ainsi que cela est l'habitude presque constante à la reprise des cours, assistait à l'ouverture des conférences de M. Segond, mercredi, à 5 heures, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté. M. Segond a remercié en quelques paroles émues son auditoire pour l'accueil bienveillant qui lui était fait. La règle du conférencier, a-t-il dit, se résume en trois choses : Modestie, rapidité, clarté. Dans l'auditoire des conférenciers, il y a deux éléments à considérer : les élèves qui préparent des examens, les praticiens qui sont appelés à traiter des malades. « Je ne suis pas assez vieux, a-t-il ajouté, pour ne penser qu'aux seconds, ni assez jeune pour ne songer qu'aux premiers. » Il tâchera donc de fournir aux élèves les données nécessaires pour l'examen, et aux praticiens d'indiquer les principes de la saine chirurgie, c'est-à-dire de la chirurgie simple.

Le programme est celui fourni par M. Duplay et comprend les opérations à pratiquer sur le *tube digestif*, le *cou* et le *thorax*. M. Guyon traitant dans son cours de pathologie externe les affections chirurgicales du tube digestif s'est entendu avec M. Segond pour lui laisser le soin de la question d'intervention, se réservant pour lui-même la partie purement clinique. Les conférences de médecine opératoire viennent donc compléter d'une façon très heureuse le cours de pathologie externe. M. Segond commence par les opérations sur le tube digestif, laissant pour l'été celles à pratiquer sur le cou et le thorax. Aussi entreprend-il immédiatement la chirurgie de l'œsophage. Il rappelle en quelques mots l'anatomie chirurgicale de cet organe et montre, chemin faisant, toutes les déductions chirurgicales et pathologiques qui en découlent. La première conférence a eu pour objet le *cathétérisme œsophagien* qu'il examine aux différents points de vue du cathétérisme explorateur, nutritif et thérapeutique, ce dernier était remis à la prochaine conférence.

Faculté de médecine. — Cours de physiologie : M. Remy.

La mort de M. le professeur Béclard laissant la chaire de physiologie sans titulaire, le cours de cette année a été confié à M. Remy, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. La première leçon a eu lieu le lundi 21 mars, à 3 heures, dans le petit amphithéâtre; elle a été consacrée à l'établissement du programme du cours, lequel doit traiter de la physiologie du système nerveux. M. Remy ne compte pas s'attarder à l'examen des questions de physiologie purement spéculative; il espère être plus utile aux étudiants en leur exposant les applications médicales de l'étude du système nerveux, en leur rappelant l'anatomie et l'histologie des centres cérébraux et médullaires, en leur montrant les bénéfices que la chirurgie opératoire peut retirer de toutes ces notions. Tout cela est fort bien ; mais ce n'est pas là, il nous semble, le programme d'un cours magistral de physiologie. Celui-ci se trouve suffisamment chargé sans que le professeur vienne encore empiéter sur le domaine de l'anatomie, de l'histologie et de la chirurgie.

Cette déviation est, à notre avis, absolument blâmable. Si elle peut à la rigueur s'excuser quant au professeur qui l'emploie, elle doit être vivement reprochée à la Faculté qui la tolère ou plutôt qui la rend nécessaire. M. Remy est peut-être en effet un excellent histologiste; mais nous ne croyons pas lui faire injure en affirmant son incompétence pour l'enseignement de la physiologie : aussi, désigné pour parler d'une science qu'il connaît peu et qu'il n'aime sans doute guère, il préfère se raccrocher à ses études antérieures, quitte à exposer des questions accessoires au sujet. La faute en est à notre mode de recrutement, à notre système d'agrégation, lequel confond à plaisir des sciences qui n'ont entre elles que des rapports éloignés. Alors en effet qu'il existe des concours séparés pour la physique, la chimie et la pharmacologie, c'est la même agrégation qui fournit aux chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Les inconvénients de ce système ne seront-ils pas bientôt suffisants pour frapper l'attention de la commission de réforme nommée par la Faculté ?

Faculté des sciences. — Cours de zoologie : M. le professeur Y. Delage.

Le samedi 19 mars, M. le professeur Yves Delage a fait la leçon d'ouverture du cours de zoologie à la Sorbonne, à 3 heures et demie, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle. On sait qu'il succède à M. Milne-Edwards, décédé, et que sa nomination à la chaire de la Faculté des Sciences n'a pas été facile à obtenir. Il a fallu toute la tenacité de son maître, M. de Lacaze-Duthiers, pour lutter avec succès contre plusieurs adversaires, dont l'un était soutenu par une puissante coterie et dont l'autre avait à son actif de sérieux titres scientifiques. L'élève d'un maître à la poigne si ferme l'a emporté et nous devons reconnaître que cette nomination a été bien accueillie à la Sorbonne. M. Delage, jeune encore, a tout ce qu'il faut pour bien remplir ses fonctions de professeur d'enseignement supérieur. Il aime la science et fait un cours qui est très clair et qui reproduit bien l'essence des recherches et des théories modernes. Si jusqu'à présent il n'a pas publié un grand nombre de travaux originaux (dont personne d'ailleurs ne conteste le mérite), espérons que sa nomination lui permettra de travailler davantage.

Dans sa leçon d'ouverture, il a remercié avec chaleur le maître auquel il doit tout et qui lui permet d'exposer en Sorbonne des théories que M. de Lacaze-Duthiers, en ce qui le concerne, ne peut admettre. C'est un progrès que nous devions signaler à l'attention de ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à l'avenir de la science française. M. Delage a ensuite commencé l'étude d'animaux des plus curieux, les *Tuniciers*, une des preuves encore vivantes du transformisme. On sait que les Tuniciers, s'ils ne sont pas

des Vertébrés, sont au moins des *Chordata* (c'est-à-dire des animaux pourvus d'une corde dorsale) plus ou moins dégénérés.

Laïcisation des hôpitaux. — Encore une lettre de M. Després.

La *Gazette des hôpitaux* du 24 mars publie la lettre suivante :

Paris, le 22 mars 1887.

Mon cher directeur,

Les journaux viennent de publier que le conseil de surveillance de l'Assistance publique a donné, ces jours-ci, un avis favorable au renvoi des sœurs d'un hôpital d'enfants, l'hôpital Trousseau. Sur les vingt membres dont se compose le conseil de surveillance, sept se sont prononcés pour cette déplorable mesure. C'est assurément sur la proposition de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, que cette décision a été prise, en l'absence de MM. les préfets de la Seine et de police, et de M. le docteur Nicaise, le représentant des chirurgiens au conseil de surveillance, actuellement malade dans le Midi (1).

Ce nouveau défi, jeté au bon sens public, ne saurait manquer de frapper le gouvernement de qui dépendent en dernier ressort les hôpitaux de Paris, en vertu de la loi de 1849 ; et il suffirait que M. le ministre de l'intérieur dit « non » pour que le vote du conseil de surveillance fût réduit à sa véritable valeur. Le gouvernement, en effet, ne saurait prêter la main au renvoi des sœurs des hôpitaux civils de Paris, pendant que, d'autre part, il les garde avec tant de soin dans ses hôpitaux de l'armée et de la marine, et dans ses prisons.

Le conseil de surveillance a pu constater, depuis plus de deux ans, le déficit croissant du budget des hôpitaux, déficit avoué de quatre millions, auquel il faut joindre un déficit imminent d'une somme égale, et qui, pour la plus grande partie, sont le fruit du désordre apporté dans les hôpitaux par le renvoi des Sœurs; il n'ignore pas qu'on a vendu et qu'il va falloir encore vendre les rentes et les biens des pauvres.

De son côté, M. Peyron sait bien que, dernièrement, quand il s'est agi d'envoyer dans un service d'enfants atteints de croup, une dame D..., célibataire, élève diplomée de l'Ecole d'infirmières laïques, appelée à ce poste, à son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup. Et cependant M. Peyron, depuis qu'il est directeur, à défaut d'avoir gardé le souvenir de son court passage dans l'externat des hôpitaux, a pu voir que, quand l'on envoie une Sœur hospitalière dans un de ces services meurtriers, elle y est rendue dans les vingt-quatre heures.

Je passe sur le reste ; mais, en vérité, l'on demeure confondu quand on songe que de tels avertissements sont perdus pour ceux qui devraient le plus en profiter, et l'on se demande enfin jusqu'où peut encore descendre l'administration de l'Assistance publique.

Veuillez agréer, mon cher directeur, mes meilleurs compliments.

Dr Armand Després.

Nous rappellerons : 1° que en Portugal, en Russie, en Angleterre, aux Etats-Unis, à Vienne (Autriche), en Allemagne, en Suisse, *tous* les établissements hospitaliers, sauf quelques rares exceptions, sont confiés à des *surveillantes laïques*; — 2° que M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique a réclamé l'avis de son Conseil de surveillance après entente préalable, comme c'est l'habitude, avec M. le Préfet de la Seine, représentant de M. le ministre de l'Intérieur.

En ce qui concerne les hôpitaux de l'armée et de la marine, les prisons et les lycées qu'oublie M. Armand Després, la question a été soulevée (2) et M. Després aura satisfaction. A chaque jour suffit sa tâche.

Relativement au « déficit croissant » du budget des hôpitaux, « fruit du désordre apporté dans les hôpitaux par le renvoi des sœurs », nous aurons l'occasion d'y revenir, car nous avons hâte d'arriver à l'accusation portée contre Mme D... Tout ce qu'en dit M. Després est faux. Une fois de plus — cela ne l'embarrasse guère — il s'est rendu coupable d'une calomnie. Mme D... n'est pas célibataire ; elle est veuve depuis 12 ans; elle a eu cinq enfants. Trois ont succombé dans la première enfance. C'est à l'aide des plus grands sacrifices, étant tombée de l'aisance dans la gêne, qu'elle a pu élever ses deux autres enfants : l'un, étudiant en droit, est mort à 21 ans en 1885; l'autre, sergent-major, est mort il y a sept ou huit mois, également dans sa vingt et unième année. Mme D.., par la dignité de sa vie, par les sacrifices qu'elle s'était imposée en faveur de ses enfants, a mérité les sympathies qui ont contribué à sa nomination (avril 1886) en qualité de boursière à l'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière. Nous devons dire qu'elle s'était déjà acquis la confiance de l'Administration en suivant les cours depuis le 1er janvier.

M. Després affirme que Mme D... a refusé de se rendre à l'hôpital des Enfants Malades. Or, jamais Mme D... n'a reçu d'ordre semblable, et, par conséquent, elle n'a pas eu à formuler de refus; en pareille circonstance, nous ne doutons pas que M. Peyron ne prenne sur le champ, — rejetant tout patronage quelque puissant qu'il soit — la mesure la plus énergique. Mme D... a été nommée suppléante, par M. Peyron, vers le mois d'octobre dernier et placée à la Pitié, afin de perfectionner son instruction professionnelle, car c'est dans cet hôpital que devraient être envoyées toutes les élèves diplômées de la Salpêtrière et de Bicêtre. On nous assure que, récemment, elle a remplacé l'une des surveillantes de la Clinique médicale et qu'elle a su mériter des éloges de tout le monde.

C'est la *peur du croup* qui aurait arrêté Mme D...! M. Després s'imagine que, seules, les religieuses peuvent affronter cette maladie si contagieuse. Qu'il avance ce fait dans un journal politique, passe encore; mais dans un journal de médecine, c'est se moquer des lecteurs. Tous les médecins savent, en effet, que, dans les hôpitaux les soins immédiats les plus répugnants, *les plus dangereux*, sont donnés par les *infirmières* et que les *infirmières* sont des *laïques* : à l'hôpital Trousseau, il y a 48 laïques et 20 religieuses; — à l'hôpital des Enfants Trouvés, il y avait 75 laïques pour 27 religieuses et à l'hôpital des Enfants Malades 88 laïques pour 27 religieuses.

Tous les médecins qui ont fréquenté les hôpitaux d'enfants savent que malheureusement deux des maladies les plus contagieuses y font trop souvent des victimes, la diphthérie et l'ophthalmie purulente. Voici la statistique — sans doute incomplète — de ces accidents, de 1860 à 1885 dans ces trois établissements: *quatre religieuses* ont eu la diphthérie, *une* a succombé ; *cinq laïques* ont eu la diphthérie, *quatre* sont mortes. — Une *religieuse* a perdu *un* œil ; — neuf *laïques* ont perdu un œil et trois ont perdu les deux yeux ; soit cinq victimes *religieuses* et dix-sept victimes *laïques*.

M. Després connait ces faits qui démontrent, d'une façon péremptoire, que le courage et le dévouement des laïques est incontestable ; il sait aussi que durant les épidémies de choléra, depuis 1832 jusqu'en 1883, les laïques ont fait leur devoir ; qu'il en a été de même

(1) Nous apprenons que, pour des raisons de santé, M. Nicaise vient de donner sa démission. (B.)

(2) Voir *Progrès médical*, 1886, n° 34, p. 704, etc.

durant les épidémies de variole et que dans les services d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière, où la tâche de l'infirmière et de la surveillante est des plus répugnantes, les laïques ont eu à soigner depuis des siècles toutes les maladies infectieuses.

Une fois de plus, on voit que M. Armand Després s'est rendu coupable d'une calomnie. Il n'est plus à les compter. Aux honnêtes gens à juger sa conduite.

Bourneville.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 *mars* 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. F. Guyon étudie *la sensibilité de la vessie à l'état normal et à l'état pathologique.* A l'état normal, le besoin d'uriner ne se manifeste que sous l'influence de la tension des parois de la vessie. Indifférente ou peu sensible aux contacts tant qu'elle reste saine, cette poche répond par la manifestation du besoin d'uriner à la mise en tension de ses parois sous une quantité de liquide variable en rapport avec la sensibilité vésicale qui est régie, même à l'état physiologique, par des conditions diverses d'ordre physique ou psychique. La vessie n'a pas, en effet, de capacité anatomique, mais seulement une capacité physiologique. La contraction du muscle vésical précède invariablement la manifestation du besoin d'uriner lequel n'est perçu que lorsque cette contraction est portée à un certain degré. Ce besoin ne dépend pas de la mise en action d'une sensibilité, en quelque sorte élective, ayant un centre spécial dans un point déterminé de la muqueuse du col ou du corps; cette sensation a son siège dans la totalité de l'organe. A l'état pathologique, la sensibilité de la vessie est essentiellement constituée : 1° par l'exaltation de la sensibilité à la tension ; 2° par l'acuité plus ou moins vive de la sensibilité aux contacts, cette dernière étant de création morbide. Dans les états douloureux de la vessie, ce que l'on croyait être une contracture du col est en réalité une contracture du corps : la section du corps de la vessie est donc préférable à celle du col pour y remédier.

M. Laborde répond à la note déposée dans la séance précédente par MM. Hayem et Barrier, au sujet des effets de la *transfusion du sang dans la tête des décapités.* Il établit que des expériences sur les suppliciés ont pu être faites assez tôt après la décapitation pour démontrer la persistance de l'excitabilité cérébrale et la possibilité de doubler cette persistance par la transfusion du sang.

MM. Hayem et Barrier continuent leurs recherches sur les effets des *transfusions du sang dans la tête des animaux décapités.* Ils ont fait arriver le sang artériel d'un cheval vivant dans les deux carotides d'une tête détronquée de chien. Le temps pendant lequel il est possible, après la décapitation, d'entretenir ou de faire réapparaître, à l'aide de la transfusion du sang artériel, l'activité des centres corticaux sensitivo-moteurs, est extrêmement court et environ de dix secondes. La faculté de reprendre une certaine activité sous l'influence de l'apport du sang oxygéné se perd dans les centres encéphaliques de haut en bas, des couches corticales aux foyers bulbaires : l'ultimum moriens est le noyau inférieur du facial. A partir de la douzième minute après la décollation, aucun des centres encéphalo-bulbaires ne répond plus à l'excitation produite par la reconstitution d'une active circulation de sang oxygéné.

M. C. Phisalix complète aujourd'hui les résultats intéressants auxquels l'a conduit l'*examen anatomique d'un embryon humain de trente-deux jours.* Le nombre des vertèbres de cet embryon était de trente-huit ; cependant il y avait déjà diminution du nombre des ganglions rachidiens réduits à trente-trois. A propos du cœur, M. Phisalix a vu que la cloison des oreillettes se forme d'une seule pièce, et non par la soudure de valvules indépendantes et opposées, comme l'enseignent les traités classiques : Si la valvule du trou ovale joue un rôle dans l'occlusion du trou de Botal, à coup sûr elle ne prend pas part à sa formation. Quant au pancréas, tous les auteurs ont répété jusqu'ici que cette glande provient, chez l'homme, d'un diverticule unique du tube digestif; M. Phisalix montre qu'il y a, au début, deux pancréas distincts ; l'un supérieur, plus volumineux, dont le canal excréteur deviendra le conduit accessoire du pancréas de l'adulte, l'autre, inférieur, qui correspond au canal de Wirsung : ces deux glandes, chez l'embryon, sont séparées par la veine porte. Le lobule primitif du foie est uniquement formé par des cellules granuleuses souvent polyédriques par pression réciproque : entre elles, on trouve çà et là de rares globules sanguins. Il est entouré à sa périphérie par le réseau des cylindres hépatiques primitifs dont les cellules sont en continuité, par une transition insensible, avec celles du lobule primitif.

M. Jourdan adresse une note sur la *structure des fibres musculaires des Annélides.*

M. Gouy décrit une *pile-étalon.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 *mars* 1887. — Présidence de M. Dastre.

M. G.-H. Roger a étudié au laboratoire de M. Bouchard l'influence qu'exerce le jeune sur la résistance des animaux à divers alcaloïdes. Expérimentant sur le lapin, l'auteur établit d'abord que le sulfovinate de quinine est toxique à dose de 0 gr. 06 par kilo chez l'animal en digestion. Quand le sel est introduit par le système veineux périphérique, au bout de 24 heures de jeune, la résistance de l'animal a augmenté : il faut 0 gr. 074. Si l'injection est faite par le système porte, les résultats sont bien différents : la toxicité dans le premier cas est de 0 gr. 16, et dans le deuxième de 0 gr. 086. Par l'effet du jeune, le foie perd donc la propriété d'arrêter la quinine. M. Roger admet que le phénomène est en rapport avec la diminution du glycogène hépatique par l'effet de l'inanition ; car, en faisant prendre à l'animal une certaine dose de sucre trois heures avant de faire l'expérience, le foie devient de nouveau capable d'arrêter l'alcaloïde. L'auteur a étudié encore le sulfate d'atropine et la nicotine : les résultats ont été semblables à ceux qu'il a obtenus avec la quinine.

M. Dastre insiste sur ce fait que les diverses substances ingérées ont une action différente suivant la voie d'ingestion ; en outre, on tend à admettre que le foie jouit plutôt d'une puissance de transformation que d'un pouvoir d'emmagasinement.

M. Magnan dit que certaines substances introduites dans la circulation par l'estomac s'emmagasinent surtout dans le cerveau beaucoup plus que dans le foie, par exemple ; l'alcool en particulier, ainsi qu'il a pu le constater par l'analyse chimique dans les cas d'intoxication aiguë par ce liquide.

M. M. Duval remet une note de M. Conant (de Nancy) sur les *éléments de soutien des spermatoblastes.*

MM. Gley et Rondot, complétant une précédente communication, parlent de l'action hypnotique du chlorhydrate d'hyoscine qui, comme ils l'ont établi, est aussi un puissant mydriatique.

M. Pouchet disséquant en 1880 un fœtus d'éléphant et examinant les tissus au microscope avait été surpris de voir ceux-ci infiltrés de pigment. Il a eu depuis l'occasion d'examiner deux autres fœtus d'animaux chez lesquels il a, avec M. Bovier-Lapierre, constaté également cette diffusion pigmentaire. Ces fœtus étant conservés dans l'alcool il a cherché à réaliser expérimentalement cette pigmentation et a, pour cela, renfermé dans une éprouvette scellée à la lampe, du sang, du cartilage, des tissus, le tout baignant dans l'alcool. Contre son attente le sang ne s'est pas décoloré ainsi que cela arrive d'habitude sous l'influence de l'alcool, et les tissus ne se sont pas pigmentés : l'action de l'air paraît donc nécessaire à la production de ce phénomène de pigmentation.

M. Déjerine rappelle que Cohnheim a déjà signalé dans

les muscles en voie d'atrophie des faisceaux primitifs considérablement hypertrophiés comparativement même aux faisceaux sains. Jusque-là cette hypertrophie avait été uniquement constatée dans les affections myopathiques. Ayant eu l'occasion d'examiner les muscles de deux individus atteints dans leur enfance de paralysie infantile, affection relevant d'une lésion médullaire, il a pu voir que cette hypertrophie existait là également. Il conclut que dans tous ces cas l'hypertrophie est véritablement supplémentaire, *vicariante*, et que les fibres restées saines suppléent les fibres dégénérées. Au point de vue du diagnostic on ne pourrait donc plus fonder sur cette hypertrophie une différenciation entre les affections myopathiques et myélopathiques

M. Dubois a étudié la phosphorescence de la mer. Etant à Menton il a filtré l'eau phosphorescente croyant trouver dans le tamis qu'il employait pour ces recherches des quantités considérables de noctiluques ainsi qu'il l'avait déjà constaté dans l'Océan. Il n'en a rien été. Par contre il a rencontré un grand nombre de granulations identiques à celles qui existent chez divers animaux lumineux, les *Eucharis*, les *Cestus* qu'il a recueillis sur les bords de la Méditerranée. Ces granulations se voient aussi sur les poissons en putréfaction. Elles sont douées de mouvements automatiques et présentent à leur centre une vacuole, ce qui a déterminé l'auteur à leur donner le nom de *vacuolithes*. Ces granulations jouent donc un grand rôle dans la production du phénomène de la phosphorescence.

M. d'Arsonval remet une note de M. Charpentier (de Nancy) sur la persistance des impressions lumineuses.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Dubousquet-Laborderie lit au nom de M. Baratoux et au sien, un travail sur *la greffe animale avec la peau de grenouille*, dont les conditions de succès peuvent se résumer ainsi : plaie bourgeonnante ; éviter de faire saigner, la coagulation du sang empêchant le contact immédiat entre les cellules de la greffe et celle des bourgeons charnus ; éviter la suppuration, qui agit comme coagulation et entraîne avec elle les mêmes pellicules de grenouille ; docilité et immobilité du blessé pendant les trois ou quatre premiers jours, faire soi-même les premiers pansements, qui seront antiseptiques.

Election d'un secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Béclard, décédé. Votants : 91, majorité 46. M. Bergeron obtient 46 voix ; M. Jaccoud, 44 ; bulletin blanc 1. En conséquence M. Bergeron est proclamé secrétaire perpétuel de l'Académie.

M. de Ranse fait une communication relative à *l'Inspectorat des eaux minérales*. Tout le monde est d'avis que l'Etat doit surveiller les établissements thermaux et que cette surveillance doit être exercée par des médecins. Trois systèmes principaux sont ici en présence : l'inspection locale et individuelle ; l'inspection régionale ou générale ; l'inspection collective et locale. A quelque point de vue que l'on se place, que l'on envisage les intérêts primordiaux des malades ou de la santé publique en général, ceux de la science, de la profession, de l'administration, ou encore les côtés économiques, l'inspection collective se montre supérieure à l'inspection régionale. Elle constitue le système que MM. Brouardel et Proust ont proposé à la commission académique et sur lequel M. le rapporteur a glissé légèrement.

M. Villemin fait observer que le médecin-inspecteur surveille l'établissement normal et le service du traitement des indigents. A Vichy, notamment, le service est régulièrement fait, consciencieusement assuré, bien qu'il appelle des améliorations, mais non une suppression définitive.

M. Ball communique à l'Académie le résultat de ses observations relatives au *traitement de la phthisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol*. Ce nouveau traitement, établi par M. Roussel, a fait l'objet de plusieurs essais et a engendré des résultats divers. 21 malades ont été soumis à ce traitement : 6 sont morts, 10 ont été améliorés et ont quitté l'hôpital ; 5 sont encore en traitement. Ce médicament agirait sur la matière septique de la phthisie, diminuerait les sueurs, la diarrhée, l'expectoration, la fièvre. Son emploi consiste à dissoudre l'eucalyptol dans quatre fois son volume d'huile d'olive et à injecter un gramme de cette substance au niveau de la hanche.

Au mois de novembre 1886, M. Roussel a adressé à l'Académie un pli cacheté, renfermant toutes les données relatives à cette médication. Aujourd'hui, M. Ball demande au nom de M. Roussel, que ce pli soit décacheté.

L'Académie décide que l'ouverture de ce pli aura lieu dans la prochaine séance.

L'Académie se constitue en *Comité secret* pour entendre la lecture d'un *rapport* sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national. La commission présente en première ligne, M. L. Thomas (de Tours) ; en deuxième ligne, M. Surmy (de Ham) ; en troisième ligne, M. Dezanneau (d'Angers) ; en quatrième ligne, M. Demons (de Bordeaux) ; en cinquième ligne, M. Queirel (de Marseille) ; en sixième ligne, M. de Closmadeuc (de Vannes).

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 novembre 1886. — Présidence de M. Cornil.

19. M. Florant présente le cerveau d'un homme chez lequel, à la suite d'un coup violent sur la tête on avait diagnostiqué une *pachyméningite*. M. Charcot, examinant ce malade quelques mois après, diagnostiqua un *gliôme*. Le malade éprouvait de violents maux de tête, et avait des signes d'hémiplégie spasmodique du côté droit.

A l'autopsie, juste au-dessous des traces du traumatisme, encore visible sur le crâne, on trouve une tumeur sarcomateuse de la grosseur d'une mandarine occupant la partie culminante de l'hémisphère gauche.

M. Jalaguier rappelle un fait dans lequel M. Kirmisson, appliquant le trépan au niveau d'un traumatisme du crâne, est tombé sur un sarcôme.

M. Cornil insiste sur ce qu'un traumatisme peut provoquer la manifestation locale d'une disposition spéciale à faire un néoplasme.

20. M. Florant présente un *carcinome du foie* accompagné d'un *kyste hydatique* siégeant à la face supérieure de l'organe.

21. M. Darier présente, au nom de M. Suchard, des préparations microscopiques provenant de la pièce présentée par M. Bailly dans une précédente séance. On y constate des traces manifestes d'une ostéite intense : il s'agissait donc bien d'un fragment osseux et non d'un os wormien, comme quelques membres de la Société l'avaient supposé.

22. M. Moulonguet présente un foie pesant 6 kilos 830 grammes, rempli de noyaux cancéreux : on ne trouve aucun cancer autre part, mais la vésicule biliaire a ses parois épaisses d'un centimètre, infiltrées de cancer. C'est évidemment là le point de départ du néoplasme.

23. M. Boiffin présente des pièces de *tuberculose des organes génito-urinaires*. Il s'agit d'un homme dont la maladie, avait débuté il y a un an et demi, par des douleurs lombaires ; quelque temps après, les urines devinrent purulentes et parfois sanguinolentes. Les testicules étaient normaux, mais la prostate était grosse et bosselée. En présence de mictions de plus en plus fréquentes et douloureuses, M. Verneuil pratiqua la taille périnéale qui amena un grand soulagement. Le malade n'est mort qu'au bout de plusieurs mois, après avoir présenté une déviation de la colonne lombaire et un abcès par congestion descendant jusqu'à la racine de la cuisse droite.

A l'autopsie on ne trouva pas de mal de Pott, contraire-

ment au diagnostic porté dans les derniers temps. Un énorme abcès froid, ayant détruit le psoas et disséqué le nerf crural, s'étendait de la région lombaire jusqu'au-dessous de l'arcade de Fallope ; l'articulation coxo-fémorale avait suppuré. Le point de départ de cette collection purulente se trouvait dans une tuberculose très avancée du rein droit qui est réduit à une coque anfractueuse entourant de vastes cavernes. La vessie a des parois épaissies et, sur sa muqueuse, on voit de petits tubercules ulcérés.

M. Gilbert fait remarquer que l'intégrité des autres organes doit faire penser dans ce cas, à une infection par les voies génitales.

24. Hernie diaphragmatique congénitale chez un homme de 33 ans ; par MM. Hudelo et Prioleau, internes des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de communiquer à la Société anatomique un cas de hernie diaphragmatique congénitale, constatée à l'autopsie chez un individu de 33 ans, infirmier à l'hospice de Bicêtre et qui resta 24 heures dans les services de nos maîtres, MM. Peyrot et Moizard, pour des accidents infectieux suraigus, avec délire et hyperthermie, auxquels il succomba sans avoir pu donner aucun renseignement sur son état actuel, ni sur sa santé antérieure. Quelques détails furent seulement relevés sur le vivant : une déformation symétrique du thorax, attribuée à du rachitisme antérieur ; une dépression très marquée du ventre ; une faiblesse marquée des battements du cœur, et le choc de la pointe derrière le sternum ; l'absence du murmure vésiculaire à gauche. Ce n'est qu'ultérieurement, et par des informations prises près des camarades de cet infirmier que l'on put avoir quelques renseignements sur sa santé habituelle. Il était né et avait vécu longtemps à la Guyane ; il avait fait son service militaire en Algérie, et avait, à ce moment, souffert de fièvres intermittentes assez graves (on avait noté une hypertrophie notable du foie, mais pas de matité splénique). B..., infirmier à Bicêtre depuis 6 mois, était sujet aux indigestions, il avait fréquemment des étouffements et même des syncopes après les repas. Il ne pouvait faire aucun travail de force, enfin il nous a été impossible de retrouver la notion d'un traumatisme dans ses antécédents. Il était malaisé, en de pareilles circonstances, de faire *in vivo* le diagnostic de hernie diaphragmatique, et le cas que nous présentons constitua une fois encore une surprise d'autopsie. Après incision sur la ligne médiane de la paroi thoracique et de la paroi abdominale, après ablation du plastron sternal, nous pûmes de suite constater : 1° l'absence dans la cavité abdominale de l'estomac, de la majeure partie du côlon et du grand épiploon ; 2° la saillie en avant, dans la moitié gauche de la cavité thoracique, au lieu et place du poumon gauche, du côlon et de circonvolutions d'intestin grêle. Nous fîmes immédiatement le diagnostic d'hernie diaphragmatique, et nous constatâmes aussi que l'intestin hernié pouvait facilement se réduire à travers un orifice du diaphragme. Nous désinsérâmes alors le diaphragme au niveau de ses attaches périphériques et nous enlevâmes en masse les viscères thoraciques et abdominaux pour étudier leurs rapports réciproques et l'orifice qui avait fait perdre à certains d'entre eux droit de domicile dans l'abdomen.

1° Le *diaphragme*, normal dans sa partie droite, présente la foliole droite du trèfle où viennent aboutir les fibres musculaires. La foliole médiane n'existe pas.

Enfin, toute la partie gauche du diaphragme est remplacée par un orifice falciforme, limité en avant et à droite par un bord lisse, nacré, régulier, à concavité postérieure, en forme de croissant. Ce bord a une circonférence de 33 centimètres.

La faux qu'il dessine a sa base à droite, au niveau du centre phrénique ; son sommet va joindre la partie gauche de la cage thoracique.

Aucun bord ne limite à gauche et en arrière l'orifice diaphragmatique, et à ce niveau les deux parois thoracique et abdominale se continuent directement.

L'orifice ainsi délimité répond donc à la partie postérieure et gauche du diaphragme ; il est nettement circonscrit, et ses dimensions permettent largement l'introduction du poing. Sur le bord falciforme de l'orifice viennent se terminer des fibres musculaires dirigées d'avant en arrière. L'orifice aortique est normal, mais, au-dessus de lui le pilier gauche se perd immédiatement, et l'on ne trouve pas d'orifice œsophagien. L'orifice de la veine cave inférieure est normal. Ajoutons que les 2 nerfs phréniques pénètrent le diaphragme par sa face supérieure, mais le gauche s'épuise rapidement.

2° *Cavité thoracique : A.) Moitié droite. Poumon droit.* Normal. Immédiatement en dedans, et situé en partie dans la moitié droite du thorax, en partie sur la ligne médiane, le *péricarde*, dont la pointe se fusionne avec la face supérieure du diaphragme sur le bord droit de l'orifice herniaire.

Le cœur renfermé dans le péricarde, est peu volumineux :

Grande circonférence	19 c. m.
Longueur	13 »
Largeur	9 »
Orifice mitral	7 1/2 de circ.
— tricuspide	9 1/2 »

Rien d'anormal comme disposition. Pas de persistance du trou de Botal.

Le *poumon gauche* répond également à la ligne médiane, faisant à peine saillie dans la moitié gauche du thorax : très atrophié, mais perméable à l'air, il offre 2 lobes, l'inférieur présente une longue languette.

B.) Moitié gauche. Cette moitié, remplie par les viscères herniés, est notablement plus considérable que la précédente, et l'opposition est frappante lorsqu'on a réduit la hernie, cette moitié renferme : la rate, l'estomac avec le grand épiploon, le duodénum, une grande partie de l'intestin grêle, le côlon transverse, les 2/3 supérieurs du côlon descendant, le pancréas, l'extrémité gauche du foie. La *rate* est située profondément, appliquée par sa face convexe contre la gouttière costo-vertébrale. Elle est volumineuse ; son grand diamètre, verticalement dirigé, a 19 cent., le transverse 14. La face concave, tournée en avant, présente un hile, au niveau duquel sont 2 rates supplémentaires, du volume l'une d'une fève, l'autre d'une noisette. A ce hile arrivent l'artère et la veine spléniques, qui descendent verticalement le long de la face concave pour aller rejoindre le pancréas, et sont dans l'épaisseur de l'épiploon pancréatico-splénique. Entre la rate et l'estomac, on voit l'épiploon gastro-splénique, vertical, dirigé d'arrière en avant. L'*estomac*, immédiatement en avant de la rate, est considérablement dilaté. La grande courbure présente une circonférence de 74 cent., la petite 25. Le grand axe atteint 35 cent., il est vertical. Le cardia et le pylore sont l'un au-dessus de l'autre, distants de 13 cent. seulement, de sorte que l'estomac est incurvé en 1/2 cercle dans le plan vertical. L'*œsophage* aboutit au cardia ; il commence derrière la trachée, un peu à sa gauche, en arrière et à droite de la crosse de l'aorte. Il croise bientôt l'aorte descendante pour se porter par le plus court chemin vers le cardia. Il a 21 cent., ne traverse pas le diaphragme, mais se recourbe, au niveau du point où il devait pénétrer dans la cavité abdominale pour joindre l'estomac. Le *duodénum* se continue avec le pylore. Il est vertical, rectiligne, et ses 3/4 supérieurs sont dans la cavité thoracique.

De la petite courbure de l'estomac, part l'épiploon gastro-hépatique qui descend vers le foie, masquant la saillie intra-thoracique de l'extrémité gauche de cet organe. De la grande courbure part le *grand épiploon*, replié comme un voile au devant de l'estomac, et rejoignant le côlon transverse. Le *côlon transverse* et la plus grande partie du *côlon descendant* sont logés dans la cavité thoracique. Le côlon transverse pénètre par l'orifice, à gauche du duodénum. Le côlon descendant rentre dans l'abdomen, au niveau de la partie la plus postérieure de l'orifice. Dans son trajet intra-thoracique, le côlon décrit une grande courbure 1/2 circulaire, embrassant l'estomac de manière que la moitié ascendante de cette courbure répond à la face

postérieure de ce viscère et la moitié descendante à sa face antérieure. Le *pancréas* est situé aussi dans la cage thoracique, au-dessous de la rate et sur un plan un peu plus antérieur. Il est en arrière du duodénum où s'ouvre son conduit. Il ne nous reste plus à signaler dans la cavité thoracique que le *prolongement de l'extrémité gauche du foie*, et des *anses d'intestin grêle*. On voit donc, au niveau de l'orifice diaphragmatique, sur un plan antérieur, à droite le prolongement du foie, au milieu le duodénum, à gauche le côlon descendant; sur un plan postérieur le côlon transverse. Dans l'intervalle des 2 plans, pénètrent plusieurs anses d'intestin grêle.

3° *Cavité abdominale*. — La partie pelvienne ne présente rien d'anormal. La moitié gauche de la cavité abdominale est exclusivement remplie par des anses d'intestin grêle. Sur la ligne médiane, on trouve le cœcum avec un appendice long de 0^m, 18, appliqué contre ses parois; du cœcum, monte vers l'orifice herniaire, le côlon ascendant. Toute la fosse iliaque droite, ainsi que l'hypochondre droit, sont remplis par un *foie* hypertrophié, très allongé, verticalement (30 c. m.), moins allongé transversalement (23). Le ligament suspenseur qui le fixe au diaphragme, divise sa face supérieure en deux lobes, et, sur le bord tranchant, une échancrure profonde accuse cette séparation. C'est le lobe gauche qui se prolonge dans le thorax jusqu'à 6 c. m. au-dessus de l'orifice. La face inférieure présente une vésicule biliaire remarquablement allongée dans le sens antéro-postérieur; son extrémité antérieure, fusiforme, se continue avec un canal cholédoque, rectiligne, perméable, qui vient s'ouvrir dans le duodénum après avoir rampé sous le foie. Le lobe de Spiegel est à peine indiqué.

Le *rein* droit est en arrière et au-dessous du foie; son grand diamètre atteint 19 c. m. Le transverse en a 7 1/2. L'uretère est normal comme calibre. Il est impossible de trouver aucun vestige de rein gauche. En raison de l'absence de notion de traumatisme antérieur, du siège de l'orifice, au lieu d'élection de la hernie congénitale, de l'aspect nacré, lisse, régulier du bord falciforme de l'orifice, de la continuation directe des parois thoracique et abdominale au niveau de la partie postérieure et gauche de cet orifice, nous croyons pouvoir affirmer que nous avons affaire à une hernie diaphragmatique congénitale, sans sac; une pareille hernie ayant permis la survie jusqu'à 33 ans, valait la peine d'être signalée.

25. Sarcome ostéoïde de l'extrémité supérieure de l'humérus droit; par M. G. Bouisson, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 83 ans, entrée à l'hospice d'Ivry le 1er octobre 1883. Cette femme, admise à l'infirmerie, dans le service de M. Monod, le 20 février, y est morte le 22.

A l'Autopsie, on trouvait : à gauche une pneumonie suppurée et dans la plèvre un liquide citrin en quantité égale environ à un litre. Les reins étaient altérés, granuleux et à gauche, il y avait un kyste volumineux. Le cœur était hypertrophié; les autres organes sains. Nulle part, on ne trouvait de tumeur de même nature que celle de l'humérus. Les renseignements recueillis auprès de la fille de la malade nous ont appris ce qui suit : La tumeur avait débuté il y a huit ans, à 75 ans, par conséquent sans s'accompagner de douleurs, avec une certaine gêne seulement dans les mouvements; elle s'accrut peu à peu. Il y a environ six ans, tout le membre supérieur droit fut œdématié, puis l'œdème disparut. Au bout de six semaines, un médecin appelé aurait fait le diagnostic d'affection tuberculeuse de l'épaule. Depuis l'entrée de la malade à l'hospice, la tumeur a encore augmenté de volume, mais très légèrement. A l'entrée à l'infirmerie, on constate une déformation considérable de l'épaule. L'extrémité supérieure du membre est en forme de gigot. Le coude est en abduction et la malade ne peut le rapprocher du corps. Elle peut encore porter la main sur la tête. Il n'y a aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée. Toute la paroi externe du creux de l'aisselle est remplie par des bosselures dures que soulèvent les téguments et contre lesquelles on sent battre l'artère. En imprimant des mouvements au membre, on obtient un bruit de crépitation très prononcé. D'une façon générale, l'aspect de l'épaule pouvait faire penser à une arthrite déformante avec ostéophytes ou enchondrômes volumineux ou à une tumeur de l'épaule.

La tumeur enlevée se présente à l'œil nu avec un aspect presque sphérique de tête humérale. Il y a au-dessous de celle-ci des tumeurs secondaires plus ou moins molles, plus ou moins dures et en plusieurs points la coque qui forme la surface est comme usée par la tumeur centrale, qui en affleure les parties molles. Les tubérosités sont déformées, boursouflées; les gouttières tendineuses persistent néanmoins assez accusées. Il est facile de voir que sous la coque formant enveloppe se trouve un tissu mou, comme spongieux. En enlevant un fragment de cette coque en forme de coin, on pénètre dans une cavité centrale pleine de tissu rouge saignant, d'apparence très vasculaire. Du côté de l'omoplate, il y a, sur la face inférieure de l'acromion quelques petits chondrophytes et il semble qu'il se soit fait un certain élargissement de la cavité cotyloïde et de son col.

M. Pilliet, aide-préparateur d'histologie à la Faculté qui a bien voulu examiner la tumeur, a communiqué la note suivante, que je reproduis. Les fragments de la tumeur soumis à l'examen étaient au nombre de trois; l'un auquel adhéraient des fibres musculaires. Sur la coupe, ces fragments paraissaient divisés en deux substances, l'une conjonctive, très rouge, en réseaux, à trabécules inégales et épaisses, l'autre claire transparente, ayant tout à fait l'aspect du cartilage, en îlots circonscrits ne dépassant pas 2 millimètres dans leur plus grand diamètre, ces îlots représentaient les sections de travées épaisses de tissus transparents.

A un faible grossissement (4, Hartnack) on constate que le tissu rouge est formé par du tissu conjonctif d'aspect sarcomateux, tandis que le tissu transparent est formé par des bandes de substance osseuse contenant des ostéoplastes en séries régulières et circonscrivant des capillaires. Il n'y a nulle part trace de cartilage, toutes réserves étant faites pour le reste de la tumeur. Nous pouvons affirmer que dans les fragments que nous avons eus à étudier, il s'agit d'un sarcome ossifiant, où l'os est à la période ostéoïde, d'où vient l'aspect transparent qu'il présente. A un plus fort grossissement nous avons à examiner : 1° le tissu conjonctif; 2° le tissu ostéoïde et osseux. Tissu conjonctif : Il est disposé par grandes masses qui, sur la préparation du premier fragment, dissocient les fibres musculaires atrophiées. Les cellules sont rameuses, étoilées; la substance qui les sépare est amorphe au contact de l'os, elle devient fibrillaire sur les point les plus éloignés.

Dans un point de la coupe du deuxième fragment, toutes ces cellules sont remplies d'un abondant pigment sanguin, dont les granules d'un jaune ambré infiltrent le tissu intermédiaire aux cellules. Il s'est probablement fait là une fluxion sanguine active, dont ces dépôts hématiques sont la trace.

Ce tissu conjonctif ressemble beaucoup au tissu d'un bulbe dentaire à l'état adulte. Mêmes cellules nombreuses et étoilées, même substance intermédiaire abondante. Vaisseaux à parois embryonnaires, mais beaucoup moins nombreux que dans le sarcome cellulaire type. Nulle part on ne voit de cellules groupées en tourbillons autour de ces capillaires. L'évolution de ce tissu devait donc être assez lente, intermédiaire entre celle du sarcome pur et celle du fibro-sarcôme, malgré sa richesse en vaisseaux. Les travées osseuses prêtent aux mêmes considérations. Elles sont groupées en îlots, avec des systèmes de Havers très irrégulièrement formés, et n'ayant nulle part, même au centre des amas les plus considérables, la disposition régulière qu'ils ont dans un os long, par exemple. A la périphérie de ces masses, la substance osseuse, ou plutôt ostéoïde, s'étend en longues lames déchiquetées dans le tissu conjonctif. Ces lames ne sont pas tapissées par des rangées d'ostéoplastes; il n'y a point dans leur voisinage

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Plusieurs de nos abonnés nous réclament les tables des matières des deux volumes parus* en 1886. — *La table du premier semestre a paru dans* **le numéro 35 de 1886,** *et la table du deuxième semestre dans* **le numéro 5 de 1887.** — *Nous prévenons nos abonnés que, conformément à nos avis précédents, les quittances de réabonnement sont mises en recouvrement.*


PASTILLES GÉRAUDEL
(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)
Agissant par Inhalation et par Absorption
Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.
Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.
Les Pastilles Géraudel ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.
Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.
Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudrou et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.
Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.
Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.
En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.
PASTILLES GÉRAUDEL MARQUE DÉPOSÉE
Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.
Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.
L'ÉTUI : 1f50 DANS TOUTES PHARMACIES
Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur
A. GÉRAUDEL
Pharmacien à Ste-Ménehould (Marne)
(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

de capillaires dilatés, comme dans le cas d'ossification libre chez le fœtus. C'est donc une ossification libre à marche lente, dont les travées soumises à une calcification tardive conservent longtemps l'aspect de substance préosseuse, ostéoïde, d'où vient leur aspect transparent; bien que au fond elles aient la constitution de l'os normal, les lamelles englobant les ostéoplastes et les capillaires formant des systèmes de Havers mal dessinés sur certains points et seulement ébauchés sur d'autres, principalement à la périphérie des îlots.

Les préparations rappellent beaucoup celles d'un épulis; malgré l'absence de cellules géantes, d'ostéoblastes; absence qui peut tenir à une plus grande lenteur du processus d'ossification. Aussi, bien que l'examen à l'œil ne puisse faire prendre la substance ostéoïde pour de l'enchondrome, et nous sommes tombé nous-mêmes dans l'erreur, nous croyons qu'il s'agit, d'après les préparations que nous avons pu faire, d'un sarcome ossifiant à marche subaiguë et plutôt lente à vaisseaux assez développés.

Cette pièce nous a paru intéressante à présenter pour plusieurs raisons. Nous trouvons dans la thèse de M. Schwartz que le sarcôme ostéoïde se développe de préférence sur des sujets jeunes. La moyenne trouvée par M. Schwartz, et qui concorde avec celle de Gross (de Philadelphie), est 22 ans (1). Or notre femme avait 83 ans au moment de sa mort et le début nous l'avons dit s'était fait vers 75.

Les tumeurs ostéoïdes sont considérées aussi comme ayant plus de tendance à se généraliser que les autres. Or chez notre malade l'affection est limitée à l'épaule. Nous avons hésité quelque temps dans le diagnostic de cette tumeur que nous prenions pour un enchondrome, mais nous trouvons également dans la thèse de M. Schwartz que « outre les produits ostéoïdes, le sarcome renferme fréquemment des masses de tissu fibreux et surtout des produits cartilagineux qui le rendent bien voisin du chondrome ostéoïde et bien difficile à distinguer de lui, même au microscope; Volkman admet d'ailleurs la transformation du chondrome ostéoïde en sarcome ostéoïde. »

Virchow et Volkman admettent que les tumeurs de substance ostéoïde peuvent se rattacher aux sarcômes, aux chondromes et aux carcinomes.

26. Endocardite végétante; par M. Jocqs, interne des hôpitaux

La nommée Andr..... Florentine, couturière, âgée de 31 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine n° 8, service de M. Empis, le 5 octobre 1886.

Il n'y a à noter dans ses antécédents que des chagrins de famille assez vifs, quelque temps avant sa maladie. Jamais de rhumatisme, ni du côté de ses parents. Début lent de la maladie au mois de juin 1886. Faiblesse générale, inappétence, un peu de fièvre sans aucun phénomène d'auscultation cardiaque ni pulmonaire, tels sont les seuls symptômes observés chez cette malade par M. Empis qui l'a vue au début de sa maladie. Il faut noter cependant qu'à cette époque la malade se plaignit de douleurs vives au niveau des doigts des mains, qui étaient cyanosés à leurs extrémités. Ces phénomènes durèrent quelques jours pendant lesquels les ongles parurent prendre la forme hippocratique. La malade resta dans cet état de malaise indéfini jusqu'au 6 octobre où elle entra à l'Hôtel-Dieu. C'est une femme pâle affaiblie, ayant conservé assez d'embonpoint malgré qu'elle ait maigri. Elle se plaint de faiblesse générale, tousse un peu sans cracher, mais n'attire l'attention nulle part d'une façon particulière. L'habitus extérieur ne fournit aucune indication. Les poumons sont intacts. Les battements du cœur sont forts, mais bien nets à l'auscultation. L'organe n'est pas hypertrophié. Rien de notable du côté de l'abdomen. Les urines sont normales, pas d'albumine. Le pouls est fréquent; la température ne dépasse pas 38.5. Telle elle était au moment de l'entrée et telle elle est restée, quoique en s'affaiblissant, tout le mois d'octobre. A partir du commencement de novembre, son état devient alarmant. Il y a de l'anxiété précordiale, de la dyspnée; les battements cardiaques deviennent moins forts et plus sourds, mais toujours pas de souffles. Au niveau des doigts se produit le même phénomène qu'au début de la maladie ou plutôt les doigts sont douloureux mais non cyanosés. La fièvre est plus forte le soir; quelquefois elle arrive à 39°. Le 10 novembre, l'auscultation soigneusement pratiquée comme tous les jours, ne dénote encore rien du côté du cœur, sinon des bruits sourds, mais découvre quelques râles fins à la base du poumon droit. Ces phénomènes pulmonaires ajoutés aux autres symptômes rendent plausible le diagnostic de granulie. Bientôt les symptômes deviennent plus graves, la dyspnée devient intense, toute l'attention se porte vers les poumons; mais les signes fournis par l'auscultation ne sont pas en rapport avec l'état général. Œdème des membres inférieurs. Le 24, mort assez rapide.

(1) C'est l'âge où le périoste et l'os ont l'activité formatrice la plus considérable.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, par M. Cornil. Rien d'anormal du côté de l'abdomen. Ouverture du thorax : la plèvre droite contient environ deux cuillerées de liquide. Les poumons sont libres d'adhérences, sains en apparence. Le péricarde contient environ 250 grammes de liquide un peu citrin. Les faces du péricarde sont normales. Le ventricule gauche forme la pointe du cœur. Cependant le ventricule droit est un peu hypertrophié. Ouverture du cœur. — L'orifice mitral est presque entièrement oblitéré par la présence de deux végétations volumineuses. La valve aortique de la mitrale est tout entière transformée en bosselures irrégulières de couleur jaune; elle est très épaisse, près de 8mm. L'orifice inférieur de la mitrale ne laisse entrer que le bout du doigt et encore est-ce impossible à la partie supérieure. L'autre valve de la mitrale est moins épaisse. Il existe, en outre, un orifice anormal siégeant au centre d'une végétation molle saillante du côté de l'oreillette; le stylet introduit de ce côté ressort par un large orifice dans le ventricule, près de la valve aortique de la mitrale : c'est un anévrysme valvulaire. Insuffisance de l'orifice aortique. Valvules sigmoïdes indurées, incrustées de sels calcaires. Au-dessous de l'anneau aortique, végétations de l'endocarde, de couleur ambrée, petites, dures. Le cœur droit n'est pas atteint. Le poumon droit est congestionné et œdémateux, ainsi que le poumon gauche. Induration en certains points du poumon droit. Plusieurs lobules plus rouges, plus durs. Pas de tubercules. Aorte souple plutôt petite. Rate assez volumineuse. Infarctus de la partie supérieure datant de dix jours environ. Le foie est un peu volumineux. Surface lisse, centre rouge (atrophie rouge), état gras de la partie périphérique. Rein droit petit. Sa capsule s'enlève facilement. Granulations chagrinées. Sur les colonnes de Bertin, points rouges (congestion ou apoplexie des glomérules). Coloration grise sur le reste. Rien de notable dans l'abdomen ni dans le cerveau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mars 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Tillaux fait une communication sur une *plaie du nerf médian* et étudie les modifications de la sensibilité survenues dans le domaine du nerf après la suture des deux bouts.

M. Th. Anger fait un rapport sur une observation lue à la Société par M. Nélaton et intitulée : *lymphangiome de la région crurale, opération par la méthode sanglante, guérison.* L'extirpation de la tumeur a été faite après application de la bande d'Esmarch. L'auteur insiste sur le mode de traitement employé.

M. Trélat complète les considérations développées par M. Anger en exposant ses idées sur ces sortes de tumeurs.

M. Le Dentu soigne une jeune fille qui vient des Antilles, qui a 15 ans et qui porte une tumeur peu volumineuse de l'aine droite. Cette tumeur, qu'il s'est bien gardé d'opérer, présente pour lui tous les caractères fondamentaux du lymphangiome (mollesse de la tumeur qui semble fuir à la pression, etc.). Il ne sait pas si elle s'est développée aux dépens des vaisseaux

ou des ganglions lymphatiques de la région. La peau est saine, mobile, indépendante de la tumeur et ne présente ni élevures ni varices lymphatiques. Sur le reste du membre inférieur droit, il n'y a pas de dilatation des vaisseaux lymphatiques. Il suit cette malade depuis 2 ans et croit que son séjour en France et l'influence du changement de climat ont suffi pour empêcher cette tumeur d'augmenter de volume. En effet, depuis 2 ans, elle est stationnaire. A l'aine gauche il n'y a rien, sauf une légère hypertrophie de quelques ganglions, sans adénite, puisqu'il n'y a pas eu de poussées inflammatoires en ce point. Aux aisselles quelques ganglions sont un peu tuméfiés. En somme tout le système lymphatique parait touché. Il n'a prescrit comme traitement qu'une compression légère, laquelle d'ailleurs n'a pu être bien faite.

M. Monod a opéré, il y a un an à Ivry, un enfant de quelques mois d'une tumeur d'apparence kystique de la *peau de l'aine*, augmentant de volume avec rapidité. Pour lui cette tumeur était formée par la dilatation des capillaires lymphatiques de la peau. Elle était donc bien *cutanée* et non sous-cutanée. On doit admettre les deux sièges pour ces tumeurs, cutané et sous-cutané.

M. Lannelongue croit que la tumeur était un kyste séreux d'origine congénitale ayant envahi la peau, comme il peut envahir d'autres organes.

M. Anger croit que M. Trélat n'est pas dans le vrai lorsqu'il dit que la tumeur opérée par M. Nélaton était due à une dilatation des vaisseaux lymphatiques et n'était pas une tumeur ayant son origine dans les ganglions de la cuisse.

M. Trélat maintient son assertion, étant donnés les signes cliniques.

M. Lefort lit l'observation d'une malade à laquelle il a *enlevé l'utérus par ligature après inversion*, et insiste sur la *bénignité de l'opération*. Il s'agissait d'une femme de 35 ans ayant accouché en février 1886 après un travail peu régulier qui nécessita l'emploi du forceps. La délivrance se fit attendre et, après l'extraction du placenta, le médecin constata une inversion utérine. Séance tenante, il en fait la réduction; mais l'inversion se reproduit. Nouvelle réduction et apparition des symptômes de péritonite; bientôt, deuxième inversion, si bien que l'utérus, au bout de quelques jours, finit par rester enclavé dans le vagin; métrorrhagies. Le 10 juin, à l'examen, M. Lefort constate l'existence, dans le vagin, d'une tumeur arrondie, mamelonnée, entourée en haut par un anneau mou; au palper hypogastrique, pas d'utérus. Le 18 juin, on fait des tentatives méthodiques de réduction sous le chloroforme : pas de résultat. On essaye plusieurs fois; même insuccès. Même résultat négatif après l'emploi du pessaire Gariel. Les métrorrhagies continuent à être abondantes. Le 18 juillet, ablation de l'utérus inversé par fil élastique placé autour du pédicule avec facilité, par suite de la sortie à l'extérieur de l'utérus. La ligature est faite très serrée; douleurs pendant deux heures seulement. L'utérus se détache en dix jours. Pas d'accidents. Les douleurs, depuis l'opération, ont cessé de même que les hémorrhagies. La malade n'a plus ses règles. M. Lefort a été frappé par la diminution du volume de la tumeur après l'application du fil élastique empêchant l'arrivée du sang dans le tissu utérin.

M. Trélat insiste sur ce fait qu'il a observé aussi.

M. Polaillon demande à M. Lefort pourquoi il n'a pas employé l'instrument de Perrier pour cette opération.

M. Lefort répond qu'il lui a été très facile de poser une ligature sur le pédicule, après avoir préalablement attiré l'utérus au dehors.

M. Polaillon lit une très intéressante observation d'*absence complète du vagin avec douleurs menstruelles périodiques*. Il a dû faire un *vagin artificiel*. Il s'agit d'une jeune fille qui, à 15 ans, ressentit de vives douleurs dans le ventre à intervalles variables; mais elles vinrent tous les mois assez régulièrement vers l'âge de 18 ans; alors elle n'était pas réglée. M. Polaillon, à l'examen, reconnut à cette époque que cette femme ne présentait pas d'ouverture vulvaire; celle-ci était obturée par un plan résistant. D'autre part, on sentait dans le ventre une tumeur dure par le palper hypogastrique. Au toucher rectal, on distinguait assez nettement dans le bas de la tumeur une sorte de col. Une sonde étant placée dans la vessie et un doigt dans le rectum, M. Polaillon constata qu'il n'existait qu'une mince couche de tissu entre la vessie et le rectum, qu'il n'y avait aucun conduit vaginal et qu'on ne pouvait retrouver le cul-de sac supérieur du vagin (ce qui s'observe ordinairement dans ces cas) qui sert à recevoir le sang des menstrues. Les douleurs pendant les périodes où la menstruation aurait dû se produire étaient si intolérables que M. Polaillon se décida à créer un vagin artificiel pour calmer ces douleurs et en même temps pour évacuer le sang contenu dans l'utérus distendu; mais la mobilité de l'utérus et la minceur des tissus intervésico-rectaux lui firent adopter une opération en deux temps. Il se créa d'abord une voie jusqu'à l'utérus par une incision transversale et par le décollement des parois vésicales et rectales adossées à l'aide du doigt et de la spatule. Une sonde dans la vessie et le doigt dans le rectum, il put ainsi creuser un long tunel vaginal. Il s'arrêta quand il se crut au voisinage de l'utérus. Pansement antiseptique avec tampon de gaze iodoformée dans le vagin artificiel pour le maintenir béant; lavages à l'eau phéniquée. Au bout de quelques jours il constata que le canal vaginal s'était un peu rétréci et que ses parois s'étaient épaissies et étaient devenues assez solides. Il résolut alors de compléter l'opération en ouvrant l'utérus. Mais avant d'atteindre cet organe, il eut encore à creuser un tunnel intervésico-rectal de 3 centimètres. Arrivé à l'utérus, il reconnut le col tant bien que mal et le trouva sans orifice. Il l'incisa alors à l'aide d'un scarificateur du col ordinaire et agrandit son incision avec un lithotome dont l'écartement avait été réglé à 2 centimètres. Un quart de verre d'un liquide noirâtre s'écoula à ce moment de l'utérus ouvert. Lavages au sublimé. 5 drains en caoutchouc sont attachés ensemble et le faisceau cylindrique formé par ces drains est placé dans le vagin. Injections vaginales pendant deux mois. Cicatrisation sans accidents. A l'heure actuelle, l'utérus est bien revenu sur lui-même (M. Polaillon le croit double); il n'y a plus de douleurs, mais les règles n'ont pas encore apparu. Le coït est possible.

M. Lefort insiste sur l'absence *complète* du vagin; ordinairement on trouve au contact du col utérus, dans ces cas, un petit espace libre.

M. Polaillon affirme qu'il n'y avait pas trace de muqueuse sur le col. Il ajoute qu'il a pu faire le décollement des parois vésicale et rectale avec une certaine facilité, fait qu'avait noté M Lefort dans une opération analogue.

M. Terrillon présente les pièces anatomiques venant d'une opération faite tout récemment. Il s'agit d'une hémato-salpingite double. L'examen des annexes utérins montre qu'il y avait oblitération des trompes et périovarite de voisinage, car le centre de l'ovaire est sain. Ces faits constituent donc bien des salpingites à forme hémorrhagique.

M. Terrier présente une malade qu'il a opérée pour l'affection désignée sous le nom d'orteils à marteau. Cette femme qui ne pouvait marcher avant l'opération marche très-bien aujourd'hui.

M. Verneuil, pour une flexion permanente du petit doigt, sachant que la ténotomie et l'aponévrotomie ne donnent pas de résultat dans ces cas, a fait avec succès la résection cunéiforme des os voisins de l'articulation atteinte. Marcel Baudouin.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XVIII J.M. Charcot et P. Richer. **Les démoniaques dans l'art.** — Ad. Delahaye et Lecrosnier, 1887.

XIX. P. Régnard. **Les maladies épidémiques de l'esprit** — Plon et Nourrit, 1887.

XX. A. Binet et Ch. Féré. **Le magnétisme animal.** — Félix Alcan, 1887.

XXI. A. Dichas. **Etude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique.** — O. Doin, 1887.

XVIII. — Nous avons à présenter aujourd'hui, aux lecteurs de ce journal, un livre qui a eu déjà, bien que paru depuis quelques semaines seulement, un grand et légitime retentissement. MM. Charcot et Richer ont eu l'idée de rechercher parmi les œuvres d'art les plus diverses, celles qui ont trait aux démoniaques convulsionnaires. Ils ont étudié

ces œuvres au point de vue de l'exactitude de la représentation et de la vérité scientifique. Grâce à leurs investigations, poursuivies depuis plusieurs années, tant à l'étranger qu'en France, dans les bibliothèques, les musées, les collections particulières, ils sont arrivés à collectionner un grand nombre de sculptures, de dessins ou de peintures, dont ils donnent aujourd'hui des copies ou des croquis dans leur livre « les Démoniaques dans l'art. » Les belles reproductions d'ivoires, de mosaïques, de tapisseries, de gravures ou de tableaux, qui illustrent cette publication de luxe communiquent à l'œuvre une saveur artistique de haut goût. Elles étaient bien faites pour solliciter l'intérêt des amateurs et de tous ceux que séduisent les recherches relatives à l'art rétrospectif.

Les documents se suivent par ordre chronologique. Ils commencent au ve siècle par une mosaïque de Ravenne représentant Jésus guérissant une possédée, et se terminent au milieu du xviiie siècle par une série de superbes et bien curieuses gravures relatives aux convulsionnaires de saint Médard. Rien n'est captivant comme cette revue des représentations de la démonomanie aux diverses époques. « Au ve et au vi^e siècle, elles ont surtout un caractère sacré. Plus tard, au moyen âge, elles reproduisent des scènes de la vie des saints et sont du domaine essentiellement religieux. A l'époque de la Renaissance, elles suivirent le développement du luxe dans les églises, puis, avec les maîtres italiens et avec Rubens, elles présentent un aspect particulièrement somptueux. Les artistes espagnols se sont exclusivement attachés à reproduire les caractères de l'extase sur le visage et dans les gestes. En revanche, l'école de Breughel, sérieuse sous sa forme excessive et caricaturale, a fourni des renseignements d'une valeur toute particulière, restituant, avec les mœurs populaires, les symptômes précis de la grande nécrose, à propos des processions dansantes, désignées sous le nom de *danse de Saint-Guy*. Au xviiie siècle, avec les convulsionnaires de Saint-Médard au tombeau du diacre Paris, les scènes revêtirent un caractère plus spécialement anecdotique. »

MM. Charcot et Richer se sont attachés à apprécier, à la lumière des faits cliniques, l'exactitude des œuvres qu'ils reproduisent. Grâce à une critique ingénieuse et pénétrante il leur a été facile d'établir que plusieurs grands maîtres, comme André del Sarte, le Dominiquin, Rubens avaient, dans la représentation de leur démoniaque, fidèlement copié la nature. Il n'en est pas de même de Raphaël : le jeune démoniaque que ce maître a figuré dans son tableau de la Transfiguration est peint sans naturel comme si l'artiste « s'était laissé aller à accumuler les invraisemblances et les contradictions. » Ces rapprochements entre les œuvres des grands maîtres sont curieux et piquants.

L'entreprise si heureusement inaugurée par MM. Charcot et Richer s'accroîtra sans aucun doute. Maintenant que l'attention a été éveillée, il est certain que les documents nouveaux arriveront en nombre et répondront à l'appel des auteurs. Mais tel qu'il est, le livre « les Démoniaques dans l'art » ne présente pas moins d'intérêt pour les médecins que pour les artistes. Aux premiers il fournit des arguments irréfutables pour établir l'existence ancienne de la grande hystérie, aux seconds il donne de solides éléments d'appréciation sur le génie et la méthode de certains maîtres. — Il a sa place marquée dans la bibliothèque des savants, des curieux et des bibliophiles.

XIX. M. Paul Régnard a réuni dans un beau volume, illustré de jolies gravures, diverses conférences qu'il a faites à la Sorbonne. Un grand nombre des lecteurs de ce journal ont assisté à ces conférences, et ils seront heureux de pouvoir les relire dans le texte. Une leçon perd souvent à être écrite ; l'auteur en effet ne saurait faire passer dans la rédaction certaines des qualités professorales qui font le charme du cours parlé. Il n'en est pas ainsi des conférences que publie aujourd'hui M. Régnard. On éprouvera sans doute en les lisant le regret de ne pas les avoir entendues, mais on sera dédommagé par la clarté du style de l'auteur et l'ordonnance de ses descriptions. Les nombreuses reproductions de gravures anciennes et les photographies de malades qui sont jointes au texte, parlent à l'œil et rendent très attrayante la lecture de ce volume de plus de quatre cents pages.

M. Régnard a groupé sous cinq titres différents les maladies épidémiques de l'esprit. La première conférence est consacrée aux sorcières, la seconde aux miracles de saint Médard ; les trois autres traitent du sommeil et du somnambulisme, des poisons à la mode, la morphine et l'éther, enfin du délire des grandeurs. En classant dans cet ordre et sous ces titres les divers sujets qu'il a tour à tour abordés, l'auteur a eu l'intention d'indiquer la caractéristique pathologique de chaque époque. La sorcellerie est la maladie épidémique des xve, xvie et xviie siècles ; les miracles de saint Médard résument les maladies de l'esprit au xviiie siècle ; le somnambulisme commence à jouer un rôle à la fin de ce xviiie siècle et du xixe qui mieux, ou plutôt plus mal partagé que les autres, est aussi le siècle de la morphinomanie et du délire des grandeurs. M. Régnard termine son beau livre par un épilogue où il se demande non sans humour quelle sera la maladie épidémique de l'esprit au xxe siècle; il craint que ce ne soit « le délire du carnage, la folie du sang et de la destruction. » *Dii omen avertant.*

XX. L'ouvrage de MM. Binet et Féré est un exposé très consciencieux et très clair des faits bien établis en matière d'hypnotisme. Les auteurs n'ont pas eu la prétention d'écrire un traité didactique sur le sujet. Comme ils le disent très justement dans leur avant-propos, pareille tentative serait prématuré. Aussi ne faut-il voir dans leur livre « qu'un résumé de recherches particulières qui, malgré leur nombre et leur variété, ne sauraient servir de justification à des conclusions générales sur la question. »

MM. Binet et Féré avertissent le lecteur qu'ils ont écrit leur ouvrage dans l'atmosphère de la Salpêtrière. « Cet avertissement signifie, ajoutent-ils, non seulement que nos descriptions s'appliquent à des faits observés dans cet hospice, mais encore que nos études personnelles ont été faites suivant la méthode inaugurée par le chef de l'école de la Salpêtrière, c'est-à-dire suivant la méthode expérimentale éclairée par la clinique. » S'appuyant sur l'observation de faits spontanés, les auteurs ont cherché à la grossir par l'expérimentation.

L'ouvrage de MM. Binet et Féré est d'une lecture très attachante. Le style en est sobre et précis, voilà pour la forme ; quant au fond la signature des auteurs suffit à en garantir la valeur. Nous adresserons à MM. Binet et Féré une simple critique : Pourquoi ont-ils intitulé leur livre : *Du Magnétisme animal?* Ce mot de magnétisme répond à une vieille idée théorique, reconnue fausse par tout le monde ; il devrait être à tout jamais rayé de la science. Pourquoi lui avoir donné un regain de notoriété? Mais les auteurs ont publié leur livre à la bibliothèque scientifique internationale et peut-être n'ont-ils pas été tout à fait libres de choisir leur titre. Peu importe d'ailleurs : l'habit ne fait pas le moine, et le moine, ici, c'est-à-dire le livre, sera un guide précieux et sûr pour tous ceux qui voudront se mettre au courant de l'état actuel de la question de l'hypnotisme.

XXI. M. Dichas a écrit, sous l'inspiration de M. le professeur Pitres, une très intéressante thèse sur l'état de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique. Les principales conclusions auxquelles l'auteur a été conduit sont les suivantes : 1° Pendant le sommeil hypnotique, l'hypnotisé se souvient à la fois et des faits accomplis ou appris pendant l'état de veille, et des faits accomplis ou appris pendant les états de sommeil hypnotique antérieurs. 2° Par le fait de l'hypnose spontanée ou provoquée, la mémoire est souvent exaltée. Cette exaltation peut modifier profondément l'esprit du sujet, à tel point qu'il arrive à ne plus se reconnaître lui-même et à croire à un dédoublement de sa personnalité. 3° Après le réveil, le sujet a perdu ordinairement le souvenir de ce qu'il a fait et appris, pendant l'état hypnotique. Cependant, chez certains

malades, une simple association d'idées suffit quelquefois pour faire renaître un souvenir effacé en apparence. Chez certains sujets aussi, tout est perdu, sauf le souvenir des hallucinations provoquées pendant l'état de sommeil : ce souvenir pourra apporter un trouble sérieux dans l'intelligence du sujet par sa persistance pendant l'état de veille normale. 4° Les actes accomplis à l'état de veille ou à l'état hypnotique sous l'influence d'une suggestion verbale donnée pendant le sommeil, sont soumis aux mêmes lois umésiques que les actes non suggérés accomplis pendant l'état hypnotique; c'est-à-dire qu'après leur accomplissement ils sont oubliés quand le sujet est éveillé.

G. Ballet.

CORRESPONDANCE

Traitement de la dysentérie.

Bombay, février 1886.

Monsieur et honoré collègue,

Au moment de mon départ des Indes anglaises, la mort prématurée d'un vrai savant M. Paul Bert, me fait un devoir de donner le traitement adopté aux Indes anglaises depuis 1865 environ, pour la dysenterie ; ce traitement *quasi* spécifique nous a rendu cette maladie tout à fait facile à guérir, à moins d'accidents d'hépatite suppurative. Seulement il faut s'y prendre de bonne heure; sinon, la guérison est bien plus difficile, bien plus longue et l'on risque de voir éclore l'abcès hépatique par absorption sceptique, etc.

Il est possible que ce traitement soit parfaitement connu en Cochinchine, etc. Mais au Tonkin et en Annam, il est possible aussi qu'il ne le soit pas. Nous-même nous avons longtemps refusé de l'adopter quand le docteur Moker, médecin militaire, nous l'a prôné ici. J'ai trente ans de service dans l'armée indienne et je puis affirmer que la terreur à l'égard de cette maladie funeste (la dysentérie) a presque disparu. Les principes du traitement sont : 1° donner une forte dose d'ipécacuanha, *au moins* un gr. et demi pour l'homme adulte; 2° préparer l'estomac à supporter cette forte dose par l'administration d'une vingtaine de gouttes de laudanum, une heure *avant* l'ipéca; l'application même d'un sinapisme, si l'on veut, sur l'estomac et l'exébition de l'ipéca en forme de grosses *pilules, non pas en solution.* Il faut aussi l'administrer au moment du sommeil, jamais le matin, ni même dans la journée; ne rien boire après la dose. Quelquefois le malade vomit un peu de mucus vers les trois heures du matin, mais la plus grande partie du médicament est déjà absorbée.

Il faut renouveler le traitement chaque soir et ordinairement vers le troisième matin au plus tard le sang, le mucus, les douleurs, tout a disparu! Une maladie qui faisait notre désespoir ne nous effraye plus du tout.

On peut ajouter à chaque pilule un peu d'opium et y mettre du laudanum; mais il est bien plus efficace de donner le calmant une heure d'avance. On peut y substituer une injection hypodermique de morphine. On peut aussi administrer du bismuth pendant la journée.

Les *petites* doses d'ipéca sont plus qu'inutiles; elles sont très nuisibles. On les donnait depuis deux siècles aux Indes sans diminuer la mortalité. On avait même plus de confiance dans la mercurialisation, tant on était à bout de ressources! Espérant être utile à mes collègues d'Orient et de France, j'ai l'honneur, etc.

C. Mac Dowall,
Médecin de brigade (armée des Indes Britanniques).

THÉRAPEUTIQUE

De certaines applications thérapeutiques du chloral (*fin*) (1).

En second lieu, il résulte de cette observation que le chloral doit être considéré comme un calmant efficace et inoffensif chez les albuminuriques; son accumulation ne semble pas redoutable. On pourrait aller plus loin et se demander si le chloral ne possède pas une action curative sur l'albuminurie elle-même. Nous avons fait quelques recherches à ce sujet, et, sans aller bien loin, nous avons dû reconnaître que la question n'était pas nouvelle, que d'autres, avant nous, l'avait posée et y avaient répondu.

« D'après le Dr Wilson, le chloral aurait, dans la néphrite albumineuse, une action directe sur le tissu rénal. Cette assertion est fondée sur deux observations. La première a trait à une femme de 40 ans, qui était atteinte d'albuminurie et à laquelle le Dr Wilson aurait fait prendre du chloral, le soir, pour remédier à l'insomnie. Le lendemain, il constatait une forte diminution de la proportion d'albumine contenue dans les urines. Encouragé par ce résultat, il continuait l'administration du chloral et arrivait ainsi à voir disparaître l'albuminurie qui recommençait dès qu'on suspendait la médication par le chloral.

« La seconde observation concerne un vieillard chez lequel le chloral montra la même action sur l'albumine et donna des résultats aussi concluants. » (*British medical* et *Courrier médical.*)

Ces faits nous paraissent importants à signaler pour eux-mêmes, et puis, parce qu'il donnent sujet à des rapprochements singuliers. En effet, l'éclampsie est, bien certainement, sous la dépendance d'une albuminurie gravidique. Or, le chloral est incontestablement un des remèdes efficaces de cette intoxication urinaire.

Le chloral qui est un antiseptique puissant serait-il le poison des germes infectieux, facteurs de certaines albuminuries? La même question se pose à l'égard du tétanos dont l'origine infectieuse paraît définitivement établie. Ce pouvoir antiparasitaire serait heureusement secondé par les propriétés sédatives de ce médicament.

Il est d'autres affections où ces deux influences peuvent être invoquées. Telle est la coqueluche dans laquelle M. Joffroy préconise l'emploi du chloral. D'après notre expérience personnelle, ce serait le médicament qui donne les résultats les plus positifs dans cette maladie, d'autant mieux qu'il aura été donné à une époque plus voisine du début. Les coqueluches les plus bénignes et les plus courtes que nous ayons observées, ont été celles que nous avons traitées d'emblée par le chloral.

D'après M. Joffroy, les doses à donner aux enfants, jusqu'à l'âge de cinq ans, varient de 1 gramme à 1 gr. 20 dans les vingt-quatre heures ; cette quantité est donnée en trois fois à intervalles égaux. Nous prescrivons volontiers le sirop de chloral de Follet qui, étant composé avec du chloral de fabrication française, présente des garanties de pureté qu'on ne saurait attendre du chloral du commerce en général. Celui-ci, en effet, nous vient de l'étranger, pour la majeure partie, les droits qui pèsent, en France, sur les matières premières qui servent à la fabrication du chloral, ne permettant pas une concurrence fructueuse. Chaque grande cuillerée de ce sirop, d'après Bouchardat, contient 1 gr. d'hydrate de chloral, la cuillerée à café équivaut à 0,25 centig. C'est par cette fraction que nous avons coutume d'administrer le médicament aux jeunes enfants, et, comme véhicule, nous nous servons, à peu près exclusivement, du lait qui dissimule admirablement la saveur du chloral. Il est évident que le chloral ne sera pas donné dans les périodes tardives de la coqueluche, quand elle s'accompagne de bronchite ou de broncho-pneumonie.

L'emploi du chloral dans la chorée est classique depuis l'enseignement de Bouchut. Ceux qui ont visité son service d'enfants se rappelleront toujours le « foyer de la danse. » Le maître désignait ainsi un groupe de lits occupés en permanence par des choréiques, qui, systématiquement, étaient tenus en état de sommeil et d'ivresse chlorotique, par des doses de chloral que l'on renouvelait au fur et à mesure que les effets de la dose antérieure se dissipaient.

Nous n'osons pas, dans la pratique, pousser l'application de la méthode jusqu'à cette rigueur. Le spectacle est trop pénible pour les parents, et les résultats obtenus par des doses atténuées sont d'ailleurs excellents. Suivant l'âge, nous procédons par cuillerées à café ou par doubles cuillerées à

(1) Voir *Prog. méd.* n° 12.

café de sirop de Follet de manière à donner 1 gr. à 1 gr. 50 jusqu'à l'âge de cinq ans ; 2 gr. à 2 gr. 50 chez les enfants plus âgés.

Nous nous arrêtons à une légère ivresse, de manière à laisser l'enfant éveillé une partie du jour.

Enfin, parmi les applications nouvelles et heureuses du chloral, on doit compter le rhumatisme cérébral. Dr A.

BIBLIOGRAPHIE

Vocabulaire médical Allemand-Français ; par le Dr L. Hahn, bibliothécaire de la Faculté de Paris. — Steinheil, 1887.

En publiant ce vocabulaire, M. Hahn a accompli une œuvre ingrate, mais de la plus grande utilité. Que de fois n'est-on pas arrêté dans une traduction par un terme technique nouveau ou peu usité? Pour ne citer qu'un exemple, on sait que la plupart des anatomistes allemands se servent de la nomenclature latine, mais il arrive parfois qu'un auteur emploie le mot allemand dont la concordance en français est souvent difficile à établir avec l'aide des dictionnaires ordinaires que nous possédons. L'auteur n'a pas cru cependant devoir éliminer de son dictionnaire les mots latins employés en Allemagne, ceux du moins dont la traduction pouvait embarrasser. Ce petit livre rendra donc les plus grands services à tous les médecins qui tiennent à se tenir au courant de la littérature médicale allemande. Nous ne ferons à ce vocabulaire qu'une légère critique, il n'est pas assez portatif; des caractères un peu plus petits, du papier un peu moins épais transformeraient facilement ce vocabulaire en un petit dictionnaire de poche ; c'est ce que nous lui souhaitons pour la prochaine édition.

Le charbon symptomatique du bœuf, pathogénie et inoculation préventives ; par MM. Arloing, Cornevin et Thomas. In-8 (2e édit.). — Paris, Asselin et Houzeau, 1887.

Une deuxième édition du livre : *Charbon symptomatique du bœuf* par MM. Arloing, Cornevin et Thomas, vient de paraître Comme les auteurs le disent, ce n'est pas là une simple réimpression ; les faits nouveaux et les documents publiés récemment sur cet intéressant sujet ont été analysés dans cette seconde édition. Les auteurs ont cette fois développé plus spécialement la partie qui traite de la distribution géographique de ce charbon et des inoculations préventives. En lisant cet ouvrage on pourra se rendre compte des résultats obtenus depuis plusieurs années déjà. Cette savante monographie de la maladie charbonneuse des bovidés est des plus intéressantes pour tous ceux qu'intéresse la pathologie comparée, pour ceux qui ne dédaignent pas d'user des lumières de la médecine vétérinaire pour apporter un peu de clarté dans certains domaines encore très obscurs de la pathologie, pour ceux qui sont intimement convaincus des services que l'une peut et doit rendre à l'autre. On sait que les auteurs de ce livre ont tout trouvé en ce qui concerne ce charbon symptomatique ou *charbon bactérien*, qu'ils l'ont décrit les premiers comme une affection spéciale, qu'ils l'ont isolé d'une foule de maladies variées confondues ensemble, qu'ils l'ont distingué du sang de rate des ovidés ou charbon bactéridien (*Bacillus anthracis*), qu'ils ont découvert son microbe pathogène (*Bacterium Chauvœi*), etc. Nous n'insisterons donc pas sur ces faits bien connus ; mais signalons tout particulièrement à l'attention des biologistes les belles études de physiologie et de pathologie générales qui sont résumées en cet ouvrage (atténuation des virus, action du milieu sur le microbe, etc., etc.). A l'heure qu'il est, on ignore encore si le charbon *bactérien* (*Bacterium Chauvœi*) peut atteindre l'homme ; en tous cas les recherches de ces savants doivent attirer l'attention des médecins et les engager à rechercher comment se manifeste la présence sur ce terrain d'emprunt du charbon symptomatique, si tant est qu'il puisse se transmettre à l'espèce humaine. Marcel Baudouin.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — M. Brouardel, élu il y a quelques jours membre du conseil supérieur de l'instruction publique, est nommé aujourd'hui membre de la section permanente dudit conseil, en remplacement de M. Béclard, décédé.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Lettre contre le sieur Lesecq.

A Monsieur, Monsieur Delacour, un des maistres gouverneurs de l'Hostel Dieu.

Monsieur, — La vérité qui n'est point receue aporte du désordre et de la confusion dans les esprits qui la rebutent, parce qu'elle ne leur est pas agréable et blesse leurs sentimens ; vous lavez peu recognoistre dans les esmotions indiscrettes des religieuses lors que sur la plaincte qui vous fust faicte par quelqu'un de la maison, vous blasmâtes l'indiscrétion du maistre, ce qu'elles ne peuvent suporter, s'intéressans dans sa conduitte et dans le désordre qu'il y introduit par une cessation quasi entière des exercices pénibles de charité. L'amour qui ne passe pas le cœur et qui n'est poinct dans le travail est fort délicat et doux, c'est ou aboustit toute la réforme, et a scavoir mal parler plus tost que bien faire dont vous en eustes l'expérience quand la sœur Jeanne Petit vous voulust renfermer dans une boutique et vous reproscha avec un peu trop de liberté pour une fille, mais avec plus d'impudence pour une religieuse. que vous avez vendu autrefois quelques passements (1), si ceust esté de la sagesse et qu'elle en eust acheté de vous, elle eust eu occasion de se plaindre, car elle auroit fort mal mis à profit ceste chose. Despuis, elle a médité sur sa cholère et a formé force discours à vostre désavantage que je ne veux pas tracer dans ce papier parce que je ne les scai qu'à moitié, son nepveu apellé Petit qui est chirurgien (2) avec une langue plus affilée que sa lancette, s'efforce aussi de vous blesser secrètement, mais c'est en vain, car vostre vertu et mérite vous au dessus de leurs mesdisances, lesquelles ne seront poinct mieux receues, encores qu'elles procèdent d'un nommé Landri, chapellain de la maison qui faict un triot comploté pour faire croire (ce qui ne fust iamais) que vos iugemens sont téméraires et indiscrets et blasmables et que vostre conduitte est légère, desreglée et préjudiciable à l'ordre de la maison.

Je conseillerois vostre bonté de supporter ces esprits imparfaicts si leur malice estoit renfermée dans leur teste et n'estoit point contagieuse aux innocens, lesquels sont obligés de recevoir leurs impressions aiant afaire de leur assistance. *Ce sont des malades qu'on a seduict pour estre tesmoins en certaine information que le bailly de Nostre Dame a faict contre vous* ; ils ont mis de parolles en leur bouche et qui pis est de pensées en leur cœur qui doivent estre sensibles à vostre réputation, y estant fort engagé. En tout ce procédé on tasche de rendre à vostre personne l'administration de Messieurs du Bureau odieuse, afin de staller par ce moien l'authorité nouvelle et souveraine, tant sur le spirituel que temporel dudist maistre, c'est à quoy les pauvres vous supplient de pourvoir e tous les officiers de la maison qui sont menassés sans cesse de chastiment ou banissement et font plainctes qui battent les oreilles de tous ceux qui abordent ceste maison de charité, laquelle pourroit changer de nom en cas qu'on vint à ne point aimer ceux qui y font du bien. Le public doibt pourvoir a ce que l'intérest de Dieu soit en plus grande considération que celui du maistre qui ne meritte pas d'estre son serviteur et qui l'est beaucoup moins que je ne suis, — Monsieur, vostre très humble et très obéissant serviteur. — G. Lobin (Liasse 875).

Requeste pour lélection et establissement d'un maistre présentée par les religieux et religieuses de lHostel Dieu a Messieurs du Chapitre de l'église de Paris.

Tel est le titre du mémoire qui suit et qui a échappé par miracle à la destruction, car au verso de la 4e page du mémoire, le greffier avait mis : *Papiers de lHostel Dieu qui ne servent à rien.* — Pour éviter une destruction de ce mémoire, nous le reproduisons entièrement.

A Nos seigneurs les Doien, chanoines et chappitre de Paris.

Suplient très-humblement les religieux et religieuses de vostre maison de l'Hostel-Dieu de Paris : sur lestablissement d'un maistre qui gouverne en vostre absence ladicte maison, avoir esgard à vos statutz et ordonnances par lesquelles il est dit que ce soit ung d'iceux religieux qui en ait la charge Considéré la paix et le repos qui a ésté en ladicte maison pendant le vivant de deffunct frère Nicolas Guy religieux que vous aviez estably maistre d'icelle, et

(1) M. Lecourt, administrateur de l'Hôtel-Dieu, appartenait à la corporation des passementiers. C'était chose commune en ce temps. Plus tard, on trouve un oncle de Molière, également passementier, administrateur de l'hôpital de la Trinité.

(2) Jacob Petit, le chirurgien dont il question, est un des types les plus intéressants du XVIIe siècle. Nous publierons prochainement sur ce personnage qui demeura 60 ans dans l'Hôtel-Dieu une biographie curieuse au point de vue des services de chirurgie dans les hôpitaux sous le règne de Louis XIV.

que depuis son deced par l'espace de dix ans il n'y a eu que trouble; desordre, et confusion, ce qui vous est assé cognu, causé par un maistre externe et séculier, que depuis son départ qui fust il y a six mois et davantage celuy que vous avez commis en ladicte charge y a apporté si bon ordre avec telle diligence que maintenant le tout est en repos et tranquillité et ne s'est veu de longtemps que tout le monde se soit si bien rangé à son debvoir et que les malades eussent esté si bien servis, a fait jusque la (tout ce que l'on navoit auparavant peu aucunement faire).quil a sceu tout jusqu'au dernier denier ce que les religieux et religieuses possédoient et que mesmes il ne se veoit ni se fait à present aucune chose qu'il n'en soit adverty ; que la Communaulté est gardée tant envers les frères que sœurs pour le boire et manger, lecture se faisant au repas, n'introduisant aucune personne en leurs Communaultés, ce qui est un grand acheminement à la reformation ; ce que vous pouvez mieux scavoir s'il vous plaist prendre la peine vous en informer plus particulièrement.

Que s'il y a quelque mauvais bruit que le tout ne se comporte comme il faut, cela n'a pu arriver que par cinq ou six religieuses qui nont jamais apporté que du desordre en la maison, soubz pretexte de la sainte communion, quelles veulent recepvoir à toutes heures et quand bon leur semble sans congé de personne, qui sont des esprits indomptables et totallement portez à la desobeissance, qui se sont tousiours opposées contradictoirement à ce qu'on leur a commandé de faire par des actions totalement rebelles ne souciant ny de superieur ny superieures en façon quelconque, qui taschent par tout moien d'exercer une zizanie avec des escritz et langages, escrivant et faisant escrire une infinité de choses a plusieurs personnes qui n'ont esté quen leurs folles imaginations afin d'apporter de plus en plus du désordre dans la maison : qui sont si outrecuidées que jusque là elles se sont vantées quelles feroient ou pire qu'elles pouvoient affin que par ce moien elles puissent estre libres et quon soit contrainct leur permettre tout ce quelles voudront, enfin quelles feroient en sorte d'avoir ung maistre qui leur permettera tout ce quelles desirent. Bref qu'elles remueront plus tost le ciel et la terre quelles n'arrivent au bout de leur prétention.

Ce qui est à remarquer, Messieurs, c'est que telles personnes qui ne font aucun service ou bien peu à la maison, estant tousiours couchées dans le lict comme il appert encores à present, ou bien aux pieds de certaines personnes qui se sont introduitz en la maison qui les entretiennent en ses bigoteries, ne faisants aucun compte du labeur des malades.

Ce considéré, Messieurs, comme ainsi soit que la chose est de telle importance qu'il est nécessaire d'avoir un homme qui recognoisse l'estat de la maison, il vous plaira obvier à telles brigues et faire élection capitulaire en tel cas requis d'une personne pour icelle charge afin que par ce moien le tout puisse reussir à la gloire et honneur de Dieu. (Liasse 875.)

Il est curieux de voir que c'est en 1634 à l'époque ou le cardinal de Richelieu gouvernait la France, que les premières idées d'infirmières laïques sont données par les administrateurs de l'Hotel-Dieu durant le conflit qui nous occupe en ce moment.

Aux demandes du Chapitre de Notre-Dame de conserver le noviciat institué par le fougueux et bouffon maître au spirituel de l'Hôtel-Dieu, les administrateurs répondent par le mémoire suivant dont nous n'extrayons que la seconde partie vu qu'au commencement l'édit du Parlement de 1505 est analysé presque en entier. Voici ce qui est écrit à la suite de l'édit du Parlement.

Voyla succinctement l'ordre et le pouvoir qui a esté donné ausdictz administrateurs, qui a esté tellement suivy et observé de *temps en temps*, que mesmes pour le spirituel lesdictz doyen et chappitre n'y ont jamais apporté aucun changement sans le communicquer et en demeurer d'accord avec les commis au temporel, *crainte que comme les hospitaulx sont entièrement dans la vie active*, cela ne peust blesser et altérer ce qui estoit du traittement des pauvres malades et lesdictz administrateurs sy le renvoy qu'ilz en ont tousjours defferé à la cour pour en ordonner et esmologuer ce qui avoit esté proposé, qui bien souvent en d'aucuns articles a esté modifié et corrigé. . . . .

. . . .Car pour l'establissement que lesditz doyen et chappitre ont entrepris de faire d'une mère des novices, il ne se trouve point que depuis l'establissement de lHostel Dieu jusques et auparavant l'an mil cinq cens cinq auquel temps ils ont esté deschargés de l'administration, *il y en ait jamais eu*, que depuis ledict temps jusques à présent, il ayt esté proposé d'y en mettre, d'aultant qu'en cest establissement, le traictement des malades en seroit incommodé, et *sy aux religions de filles qui ne sont point hospitallières cela s'observe, c'est soubz l'authorité de l'abbesse ou prieure, non pour leur soullagement et seullement pour les conduire et instruire au chant et aux méditations, ce qui n'est pas nécessaire à lHostel Dieu* OU LA PRINCIPALE ET PLUS NÉCESSAIRE FONCTION DES RELIGIEUSES EST POUR LE SOING ET TRAICTEMENT DES MALADES. (Liasse 875.)

La querelle aurait duré plus longtemps si les infirmières laïques, malgré les préjugés du siècle, avaient été imposées par les administrateurs.

Société française d'otologie et de laryngologie.

La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale le mercredi 13, le jeudi 14 et le vendredi 15 avril prochain, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois. A la fin de la séance d'ouverture, l'Assemblée fixera l'heure de la réunion suivante.

Ordre du jour : 1° Correspondance. — 2° Présentation de membres nouveaux. — 3° Résumé des travaux de l'année, par M. le Secrétaire. — 4° Observation de laryngite hémorrhagique, par M. le Dr Garel, de Lyon. — 5° Traitement du Catarrhe du Sinus maxillaire, par M. le Dr Schiffers, de Liège. — 6° Considérations cliniques sur l'obstruction de la Trompe d'Eustache, par M. le Dr Miot, de Paris. — 7° Traitement chirurgical de la phthisie laryngée, par M. le Dr Héring, de Varsovie. — 8° Quelques considérations cliniques sur la Rhinite atrophique, par M. le Dr Noquet, de Lille. — 9° Observation d'Otite moyenne sub-aiguë. — Granulie aigüe ; mort, par M. le Dr Ménière, de Paris. — 10° Glottes supplémentaires, par M. le Dr Gouguenheim, de Paris. — 11° Otorrhée compliquée, par M. le Dr Delie, d'Ypres. — 12° Classification des muscles du larynx, par M. le Dr Moura, de Paris. — 13° Observation de chancre induré de la fosse nasale droite, par M. le Dr Mour, de Bordeaux. — 14° Rougeole ; otite moyenne purulente, abcès mastoïdien, par M. le Dr Baratoux, de Paris. — 15° Des pressions exercées sur le tympan, au point de vue du diagnostic, par M. le Dr Miot, de Paris. — 16° Kystes du larynx, par M. le Dr Garel, de Lyon. — 17° Tumeur du thyroïde, par M. le Dr Aigre, de Boulogne-sur-Mer. — 18° De la vue rhinoscopique antérieure,par M. le Dr Cresswell Baber, de Brighton. — 19° Lymphatiques du larynx, par M. le Dr Poirier, de Paris. — 20° Présentations demalades et d'instruments, par MM.les Drs Miot, Garel.

Le Palais des Sociétés savantes.

Plusieurs Sociétés médicales de Paris, jointes à l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, et soutenues par une Société financière, travaillent, dit la *Gazette médicale*, à organiser un local oùelles pourront tenir commodément leurs séances, installer largement leurs archives, leur bibliothèque et créer, par le fait même de leur réunion, un véritable cercle médical dont il ne restera plus qu'à compléter les points accessoires. C'est l'ancien hôtel Panckouke, rue des Poitevins, qui a été choisi pour réaliser ce projet et qui deviendra prochainement le *Palais des Sociétés savantes*. L'idée est excellente, et il faut espérer que l'exécution, poursuivie depuis bien longtemps, répondra entièrement au but proposé. — Nous partageons complètement l'opinion de M. de Ranse, et nous faisons des vœux pour la prompte réussite d'une œuvre qui ferait bonneur à la science française.

A propos du Congrès de Washington.

M. Dujardin-Beaumetz a adressé à différents journaux la lettre suivante :

« Il a paru dans la presse médicale une note prévenant les médecins français qui désiraient se rendre au Congrès de Washington que, la Compagnie transatlantique ayant refusé toute diminution de tarif, ils pourraient s'adresser à des compagnies étrangères qui prendraient ces voyageurs au prix de 4 ou 500 francs, en première classe, aller et retour. Une lettre que je reçois de M. Péreire, président de la compagnie transatlantique, me permet d'annoncer à nos confrères que la compagnie considérera les membres du Congrès comme passagers de l'Etat, c'est-à-dire qu'elle leur accordera une réduction de 30 pour 100 sur le tarif ordinaire, ce qui fixe le prix du voyage à 700 francs, aller et retour, en première classe. C'est là une faveur dont beaucoup de nos confrères profiteront, vu la supériorité incontestée de notre service transatlantique comparé à celui des pays voisins. »

A bon entendeur, avis.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Farabeuf, Rémy, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, A. Robin. — 5e *de Doctorat* ((1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Trélat, Reclus, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Lannelongue, Budin.

MARDI 29. —2e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Vulpian, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hanot. 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité): MM. Le Fort, Pinard, Bouilly; — (2e partie), 1re *Série* : MM. G. Sée, Troisier, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Debove.

MERCREDI 30. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Reclus, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité): MM. Trélat, Lannelongue, Budin.

JEUDI 31. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Cornil, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ball, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Laboulbène, Ribemont Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Debove.

VENDREDI 1er. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Reclus, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Rémy, Budin ; — (1re *Série*) : MM. Hayem, Damaschino, Rendu ; — (2e *Série*) : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

SAMEDI 2. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Pinard, Campenon ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Vulpian, Ball, Joffroy ; 2e *Série* : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Peyrot ; — — (2e partie), 1re *Série* : MM. Brouardel, Peter, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Troisier, Hallopeau; — (2e partie) (Charité) : MM. Jaccoud, Grancher, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi 29. — M. Bidot. Des procédés mixtes en anesthésie et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotisme. — M. Mourruau. Du traitement du trachome congénital par la cautérisation. — M. Fusier. Les prédestinés; Contribution à l'étude des maladies nerveuses et mentales. — *Jeudi* 31. — M. Gaillard. Contribution à l'étude de la phlébite des veines ophthalmiques. — M. Toussaint. De la dilatation permanente artificielle de l'utérus et de ses applications au traitement des affections de cet organe. — M. Dumont. De l'asystolie à forme hépatique. — M. Zinowieff. Etude sur l'histologie pathologique du placenta abortif. — M. Testaz. De la paralysie douloureuse de la septième paire.

Enseignement médical libre.

Cours d'obstétrique. — M. BONNAIRE a commencé un cours libre d'obstétrique le mercredi 23 mars, à 5 heures Il aura lieu tous les jours, à la même heure, dans l'Amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le lundi 4 avril, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 mars 1887 au samedi 19 mars 1887, les naissances ont été au nombre de 1102, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 419 ; illégitimes, 135. Total, 554. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 145. Total, 548

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 mars 1887 au samedi 19 mars 1887, les décès ont été au nombre de 1213, savoir : 690 hommes et 553 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 18. T. 36 — Variole : M. 4, F. 3. T. 7. — Rougeole : M. 28, F 23. T. 51. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 6, F. 8. T. 14. — Diphthérie, Croup : M. 26 F. 25, T. 51. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 151, F. 77. T. 228. — Autres tuberculoses : M. 16. F. 5. T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 8. T. 12. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 35. T. 53. — Méningite simple : M. 31, F. 21. T. 52. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 20. T. 43. — Paralysie : M. 4, F. 2. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4. T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 33. T. 68. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 18 T. 38. — Bronchite chronique : M. 29, F. 24. T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 11. T. 30. — Pneumonie M. 50, F. 47. T. 97. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 14. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M 12, F. 9. T. 21. — Autres gastro-entérite : M. 9. F. 2. T. 11. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 19, F. 15, T. 34. — Sénilité : M. 7, F. 24. T 31. — Suicide : M. 10, F. 7. T. 17. — Autres morts violentes : M. 2, F. 9. T. 11. — Autres causes de mort : M. 116. F. 81. T. 197. — Causes restées inconnues : M. 10. F. 3. T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 77 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 15. Total : 44, — *Sexe féminin* : légitimes, 20; illégitimes, 13. Total : 33.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par décret, en date du 18 mars 1887, M. BONNIER, docteur ès sciences, maître de conférences de botanique à l'Ecole normale supérieure, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les vacances de Pâques commenceront le lundi 4 avril 1887 pour se terminer le samedi 16 du même mois inclusivement.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — Les professeurs, les chargés de cours et les maîtres de conférences de la Faculté des sciences de Besançon, ont été convoqués le mercredi 20 avril 1887, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique en remplacement de M. Gruey, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Les professeurs, les chargés de cours et les maîtres de conférences de ladite faculté ont été convoqués le mercredi 20 avril 1887, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique, en remplacement de M. André, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. BLAREZ, agrégé des facultés de médecine est nommé professeur de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. HERGOTT, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy; — M. SPILLMANN, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

FACULTÉS DE MÉDECINE. *Liste de classement.* — En conséquence des promotions faites sur l'avis exprimé par le comité de l'enseignement supérieur, dans ses séances des 3 et 5 mars 1887, le cadre des professeurs des Facultés de médecine a été arrêté ainsi qu'il suit, au 1er janvier 1887. *Nancy*, Pr hors cadre : M. Tourdes.— De première classe : M. Coye. — De deuxième classe : M. Hecht, Feltz et Beaunis. — De troisième classe : MM. Poincarré, Lallemant, Gross, Bernheim, Chrétien, Charpentier, Heydenreich et Weiss. — De quatrième classe : M. Garnier. — *Montpellier*, professeurs de première classe, MM. Combal, Moitessier ; — de deuxième classe, M. Castan ; — de troisième classe, MM. Cavalier, Jaumes, Dubreuil, Bertin, Engel, Grasset, Grynfeltt, Lannegrâce, Chalot et Tédenat; — de quatrième classe, MM. Planchon et Dumas.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. *Clinicat médical.* A la suite d'un concours ouvert devant l'Ecole de médecine le 15 février dernier, M. le Dr PÉROCHAUD a été nommé chef de clinique médicale près ladite école pour une période de deux ans. — *Clinicat ophthalmologique.* Un concours pour une place d'aide de clinique ophthalmologique sera ouvert à l'Ecole de médecine de Nantes le 30 juin 1887. Les candidats sont priés de se faire inscrire au Secrétariat de l'Ecole jusqu'au 15 juin inclusivement.—*Concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale* Ce concours sera ouvert devant l'Ecole de Nantes le jeudi 28 avril 1887. Est admis à concourir tout docteur en médecine, Français ou naturalisé Français. Les épreuves du concours consisteront : 1° Examen clinique de deux malades suivi d'un compte rendu oral ; 2° Examen de deux malades suivi d'un compte rendu écrit après deux heures de préparation dans une salle fermée ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 3° Epreuve d'anatomie pathologique ; 4° Epreuve de médecine opératoire. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole et y déposer les pièces d'usage avant le 15 avril 1887.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine d'Erlangen* : La liste de présentation pour la chaire d'accouchements comprend les noms de MM. Frommel (de Munich) en 1re ligne, de Pawlick (de Vienne) et de Sanger (de Leipzig) en 2e ligne. — *Faculté de médecine de Leipzig* : M. le Dr Bruno G. Schmidt, professeur extraordinaire de chirurgie, est nommé professeur honoraire. — M. le Dr A. HUBER, assistant à l'Institut pathologique, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique. —

Faculté de médecine d'Innsbruck. — Pour la place de professeur ordinaire d'ophthalmologie sont présentés : M. le privat-docent Bousiekiewicz (de Vienne) en 1re ligne, M. le Dr Dimme (de Vienne) en 2e ligne, M. le Dr Bock (de Vienne), en 3e ligne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — On nous prie d'annoncer que les manuscrits qui doivent être envoyés pour les prix à l'Académie de médecine doivent parvenir au Secrétariat avant le 30 avril 1887.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés.* — Ce concours sera ouvert le lundi 25 avril 1887, à midi, à l'Amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 28 mars 1887, et sera clos le mercredi 13 avril, à trois heures.

ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE. — M. le Dr FRIÈRE, médecin en chef de l'Asile de Clermont, est nommé médecin en chef de l'Asile de Cadillac, par permutation avec M. le Dr Camuset, qui passe médecin en chef à Clermont.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE 1889 : MÉDECINE ET CHIRURGIE. — La section de *Médecine vétérinaire et comparée* comprendra : Matériel, instruments et appareils des travaux anatomiques, histologiques et bactériologiques. — Pièces d'anatomie normale et pathologique ; préparations histologiques et bactérioscopiques. — Instruments d'exploration médicale, générale et spéciale. — Appareils et instruments de chirurgie générale, locale et spéciale. Appareils de pansement. — Appareils de prothèse, plastique et mécanique ; appareils d'orthopédie ; appareils de chirurgie herniaire ; appareils balnéatoires et hydrothérapiques ; appareils de gymnastique médicale ; matériel, instruments et appareils de thérapeutiques spéciales. — Instruments destinés à la pratique de l'art dentaire. — Appareils divers destinés aux infirmes, aux malades et aux aliénés. — Objets accessoires du service médical, chirurgical et pharmaceutique dans les hôpitaux ou infirmeries. — Trousses et caisses d'instruments et de médicaments destinés aux chirurgiens de l'armée et de la marine. Matériel de secours aux blessés sur les champs de bataille. — Appareils de secours aux noyés et asphyxiés. — Matériel spécial, instruments et appareils de la médecine vétérinaire.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour le majorat de l'Hôtel-Dieu vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Gangolphe.

HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS. — Deux places d'internes sont actuellement disponibles. Traitement 400 francs par an, logement, nourriture, chauffage, éclairage. S'adresser au secrétaire des hospices à Orléans.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr HUILLET, médecin-adjoint au lycée de Nice, est nommé médecin, en remplacement de M. le Dr Corporandy, décédé.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. de Launay, ingénieur au corps des mines, est chargé d'une mission géologique dans les îles de Mételin, Thasos et Samothrace.

NOMINATIONS DIVERSES. — Par arrêté de M. le préfet de police, en date du 3 mars courant, M. le Dr LEBOUCQ et M. le Dr DESTREM sont nommés membres de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XVe arrondissement, en remplacement de M. Fuilhan, décédé, et Gendron, démissionnaire.

NÉCROLOGIE. — La *Gazette des Hôpitaux* annonce la mort de MM. les Drs GRATIEN EPRON, de Château-Thierry ; FONTANT, de Niort ; ACHILLE SIMON, de Ribérac. — M. PECQUE, pharmacien aide-major (1re classe), à l'hopital militaire de Nancy. — M. le Dr JOSSIC, médecin de la marine en retraite à Brest, directeur du service de santé. — M. le Dr HUTKONSKI (de Kasan). — M. le Dr ZIT (de Prague). — M. le Dr JACQUEMONT (de Moutiers). — M. le Dr R. CARRINGTON (de Londres.)

Chronique des hôpitaux.

HÔTEL-DIEU. — *Médecine* : Service de M. EMPIS. — Consultation le lundi. Mardi spéculum. — Salle Saint-Charles (H.) : 4, néphrite interstitielle, urémie ; 7, pleurésie purulente ; 9, péritonite tuberculeuse ; 13, ataxie locomotrice ; 17, embolie cérébrale, endocardite ; 19, rhumatisme articulaire, pleurésie ; 21, insuffisance mitrale ; 24, cirrhose hypertrophique ; 27, congélation des orteils, athérome généralisé ; 30, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 1, fièvre typhoïde ; 4, sclérose en plaques ; 6, pelvi-péritonite ; 8, insuffisance mitrale ; 9, laryngite tuberculeuse, œdème de la glotte ; 10, adénopathie trachéo-bronchique ; 11, broncho-pneumonie ; 12, 13, fièvre typhoïde ; 16, ulcère de l'estomac ; 18, hémiplégie syphilitique ; 21, goître exophthalmique, hystérie ; 23, fièvre typhoïde ; 25, corps fibreux de l'utérus ; 28, rhumatisme articulaire aigu, endocardite.

Service de M. BUCQUOY. — Salle St-Augustin (H.) : 1, rétrécissement aortique, insuffisance mitrale, artério-sclérose ; 2, fièvre typhoïde ; 4, ictère catarrhal ; 8, dilatation des bronches, sclérose pulmonaire ; 9, emphysème pulmonaire, foie cardiaque ; 10, intoxication mercurielle, hystérie ; 11, artérite syphilitique, ramollissement cérébral, syndrôme labio-glosso laryngé ; 12, pleurésie simple avec œdème de la paroi ; 13, syphilis héréditaire, ulcérations nasales ; 27, péritonite tuberculeuse ; 37, dysenterie chronique. — Salle Ste-Monique (F.) : 2, ulcère simple de l'estomac ; 6, fièvre typhoïde très légère ; 17, rétrécissement syphilitique du rectum ; 22, syphilis, adénopathie trachéo-bronchique ; 24, ulcère simple de l'estomac.

Chirurgie : Service de M. TILLAUX. — 1, fracture de la rotule ; 4, sarcôme de l'orbite ; 7, infiltration d'urine ; 8, épithélioma de la lèvre inférieure ; 11, lympho-sarcôme du testicule ; 12, ostéomyélite du tibia ; 15, enchondrômes multiples ; 18, kyste du creux poplité ; 22, kystes hydatiques abdominaux multiples.

Service de M. RECLUS. — Salle Saint-Landry ; 1, épithélioma de la bouche ; 7, carie du calcaneum ; 13, fongus tuberculeux du testicule ; 14, abcès froids multiples ; 18, gangrène sénile ; 19, résection du coude ; 21, amputation de la verge ; 38, tuberculose testiculaire ; 42, sarcomatose hypodermique généralisée ; 46, tuberculose linguale ; 50, abcès froid présternal. — Salle Notre-Dame : 5, tumeur blanche du genou ; 8, tumeur hydatique du sein ; 13, pelvi-péritonite ; 14, coxalgie ; 15, phlegmon du bras ; 21, carcinôme du sein ; 22, fracture du col du fémur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

BARTHEZ (E.) et SANNÉ (A.). — Traité clinique et pratique des maladies des enfants 3e édition, tome II. Volume in-8 de 828 pages. — Prix : 14 fr.

Librairie P. ASSELIN place de l'Ecole-de-Médecine.

GUERMONPREZ (Fr.). — Notes sur quelques résections et restaurations du pouce. Brochure in-8 de 53 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. — Publié sous la direction de MM A. Dechambre et L. Lereboullet de la 1re *Série* A-E, tome XXXIV, 2e partie ENCH-EPE. Volume in-8 de 388 pages. — 2e *Série* L-P, tome XXIII, 2e partie PERI-PHAL. Volume in-8, 404 pages. — 3e *Série* Q-T, t. XVII, 1re partie TETA-THRO. Volume in-8 de 400 pages. — 5e *Série* V-Z, tome I, 2e partie URI-TTE. Volume in-8 de 395 pages. — Prix de volume complet : 25 fr.

DUTERTRE. — Des anesthésiques pendant le moyen-âge. Brochure in-8 de 27 pages. — Paris, 1886. — A. Davy.

GANNAL. — Inhumation et crémation. Broc. in-8 de 31 pages. — Paris, 1876. — Muzard et fils.

HERWUET. — Un cas de goitre exophthalmique avec autopsie. Brochure in-8 de 19 pages. — Nantes 1886. — C. Lesueur, imprimeur.

JAWORSKI (W.) — Neber Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch des neuen karlsbader Quellsalzes, nebst dessen Beziehung zum karlsbader Thermalwasser Brochure in-folio de 33 pages. — Wien 1886. — Sellostverlag des Verfassers.

VETLESCEN (N.). — Om dilatatio ventriculi. Volume in-8 de 242 pages, avec figures. — Kristiania, 1887. — Det Steenski Bogtrykkeri.

LUMBROSO (G.). — Contributo alla diagnosi ed alla cura delle paralisi isteriche. Brochure in-8 de 46 pages. — Firenze 1887. — Tipografia cenniniana.

MASSALONGO (R.). — Le nevriti multiple periferiche primitive e specialmente della forma di polinevrite acuta. Broch. in-8 de 53 pages — Roma, 1886. — F. Vallardi.

MONDINO (C.). — Ricerche nacro et microscopiche sui contri nervosi. Brochure in-8 de 71 pages, avec 9 planches hors texte. — Torino, 1887. — Unione tipografico editrice.

VIZZIOLI (R.). — La suggestione terapeutica. Brochure in-8 de 41 pages. — Napoli, 1887. — A. Tocco et Cie.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 14. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 AVRIL 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus ;

Par P. BUDIN.

Le 4 août 1875, en examinant une femme entrée depuis la veille à la Maternité, nous fûmes fort intrigué de trouver au toucher une disposition particulière du col de l'utérus, disposition que nous constations pour la première fois et que nous n'avions jamais vue encore signalée dans les auteurs. La femme sur laquelle portait notre observation était une nommée Li...., secondipare, qui avait eu ses dernières règles du 22 au 27 octobre 1874, et chez laquelle l'enfant se présentait par le sommet, en position O. I. G. A. Les premières douleurs étaient apparues le 3 août, puis le travail s'était arrêté. Les contractions revinrent le 5 au matin.

A dix heures, le col était complètement effacé ; de plus, l'orifice utérin était dilaté, il mesurait de 3 centimètres 1/2 à 4 centimètres de diamètre ; les bords en étaient minces et souples. Le doigt arrivait directement



Fig. 21. — OE, orifice externe de l'utérus. — D, diaphragme. — T, tête du fœtus. — La figure de droite représente le diaphragme incomplet D.

sur la tête fœtale (T, fig. 21). Si, après avoir franchi l'orifice externe (O E), on faisait glisser l'index entre la tête et la paroi du canal cervical, on rencontrait, à 1 centimètre environ de l'orifice, un bourrelet légèrement saillant : ce bourrelet (D) existait du côté droit ; on constatait aussi sa présence en avant et en arrière, mais il semblait disparaître à gauche ; on ne le retrouvait plus sur un tiers environ de la circonférence totale. Ce bourrelet était assez mince ; en enfonçant le doigt entre lui et le tissu du col, on pénétrait à une profondeur de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2, et on se trouvait arrêté par le fond d'un sillon circulaire. Il existait donc une sorte de repli, un véritable diaphragme (D), mais ce diaphragme était incomplet du côté gauche. Revenu au niveau de la circonférence interne du repli, le doigt passait facilement entre la tête et la face supérieure du diaphragme ; il pénétrait alors aussi haut que le permettait sa longueur.

L'accouchement se termina spontanément ; l'enfant pesait 2.900 grammes. Nous ne revîmes plus la parturiente qui fut placée dans la salle des accouchées bien portantes.

Cette observation restait pour nous inexplicable ; aussi, malgré les dessins que nous avions pris, nous ne pouvions nous décider à la publier, car elle manquait de consécration anatomique, et on pouvait nous objecter que, en pratiquant le toucher, nous avions été le jouet d'une illusion.

Au mois de février 1879, étant chef de clinique du professeur Depaul, nous avons observé un fait analogue. La femme ayant un bassin vicié (le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 centimètres 1/4), les conditions particulières dans lesquelles se fit l'accouchement permirent de mieux examiner la disposition anatomique qui existait du côté du col. Nous ne rapporterons de cette observation que le passage relatif au point qui nous occupe actuellement.

Marie Si...., âgée de trente ans, primipare, rachitique, était entrée le 23 janvier à la Clinique de la Faculté ; ses dernières règles étaient survenues le 8 mai 1878, mais en raison du rétrécissement pelvien qui existait chez elle, le professeur Depaul avait résolu de provoquer l'accouchement prématuré. Des douleurs étant apparues spontanément dans la nuit du 3 au 4 février, le professeur Depaul introduisit, sans plus attendre, un excitateur intra-utérin de Tarnier ; les contractions devinrent plus fortes et plus fréquentes, le ballon en caoutchouc descendit dans le canal cervical, puis se rompit, mais le travail continua. En pratiquant le toucher, le

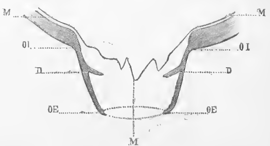


Fig. 22. — O E, orifice externe. — D, Diaphragme. — O I, orifice interne. — M, membranes.

4 février, à cinq heures du soir, voici ce que nous trouvâmes.

L'orifice externe (O E, fig. 22) était largement perméable ; il laissait facilement pénétrer deux doigts. En suivant avec l'index de la main droite la paroi latérale droite du canal cervical, on trouvait, à une profondeur de 2 centimètres environ, un repli très marqué du tissu utérin (D, fig. 22) qui s'avançait vers le centre du canal cervical et faisait une saillie de 6 à 7 millimètres. Au-dessus de ce repli, on trouvait encore, sur une hauteur de 1 centimètre 1/2, une paroi qui rappelait celle du col. On arrivait ensuite sur une portion de tissu beaucoup plus épaisse et dirigée dans un sens différent : c'était le tissu du corps de l'utérus. La tête du fœtus, qui se présentait, s'appliquait sur l'orifice interne (O I) et sur le segment inférieur de l'utérus ; quant aux membranes (M), elles étaient comme plissées dans l'intervalle des contractions, et descendaient dans la cavité du canal cervical.

En pratiquant le toucher de la main gauche, on constatait exactement la même disposition sur le côté gauche du col ; le même repli existait à 2 centimètres de l'orifice externe ; on le trouvait également accessible en avant et en arrière. Il y avait donc un diaphragme véritable.

Pendant les contractions, on sentait les membranes qui bombaient, refoulées par le liquide amniotique ;

elles franchissaient l'orifice externe du col au delà duquel elles faisaient une saillie convexe ; la poche des eaux (P) était ainsi formée. Le doigt ayant été laissé appliqué sur la paroi du canal cervical, on constata qu'au moment de la contraction, le diaphragme était refoulé de haut en bas et de dedans en dehors par les membranes et le liquide amniotique (D, fig. 23.)

L'accouchement traîna en longueur, mais se termina spontanément le 7 février ; l'enfant, qui pesait 1.892 gr., était vivant. En introduisant le doigt dans le col, quel-

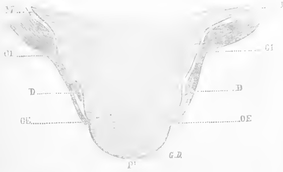


Fig. 23. — O E, orifice externe. — P, poche des eaux. — D, diaphragme. — O I, orifice interne. — M, membranes.

ques jours après l'accouchement, on pouvait encore sentir le relief formé par le diaphragme, mais au milieu des tissus ramollis, la saillie était beaucoup moins marquée.

Des faits analogues à ceux qui précèdent ont été publiés dans ces dernières années ; ils sont dus à Breisky, à P. Müller et à Bidder. P. Müller (1) a vu une jeune fille, âgée de vingt ans, qui, réglée pour la première fois à treize ans, avait eu une menstruation normale jusqu'à l'âge de seize ans. Depuis cette époque, l'écoulement

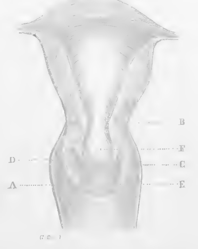


Fig. 24. (P. Müller). — A, orifice externe. — B, orifice interne. — C D, pli anormal. — E F, cavité du col.

sanguin, qui durait douze à quatorze jours, était devenu très abondant et s'accompagnait de douleurs et d'expulsion de caillots. Les intervalles intermenstruels duraient rarement plus de quatorze jours. A l'examen des organes génitaux, on trouvait un peu de rétroversion du corps ; le col avait sa longueur ordinaire, mais il était plus large à sa base. L'orifice externe, arrondi, à bords coupants, laissait pénétrer l'index et on sentait dans la cavité cervicale une masse molle, charnue, on pensa à l'existence d'un polype ou à la présence de débris d'un œuf, et on introduisit une tige de laminaire pour dilater l'orifice. A 1 centimètre 1/2 de l'orifice externe, on rencontra une membrane lisse qui avait l'épaisseur et la consistance de la paroi du canal cervical ; elle était obliquement dirigée en bas vers le centre du canal et présentait un orifice qui avait environ les dimensions d'un pois (*fig.* 24). Le doigt introduit à travers l'ouverture de ce diaphragme franchit peu à peu la partie supérieure du canal cervical et arriva au niveau de l'orifice interne. La cavité du corps était vide et normale. L'examen microscopique montra qu'il y avait là non pas du tissu résultant d'une inflammation chronique, mais seulement les éléments normaux de la paroi du col.

Müller qui, à Berne, avait succédé au professeur Breisky, trouva dans les protocoles dictés par ce dernier une observation absolument analogue : une femme, âgée de quarante ans, avait déjà, avant son mariage, des règles abondantes et qui étaient restées telles. Elle était accouchée spontanément huit années auparavant. Elle entra à l'hôpital pour des hémorrhagies, le 8 août 1872. L'orifice externe du col laissait pénétrer deux doigts : au voisinage de l'orifice interne, le doigt buttait sur une saillie circulaire qui proéminait dans le canal cervical ; elle offrait, en son milieu, un petit orifice qui laissait facilement pénétrer l'extrémité de l'index. On fit la dilatation avec de la laminaire ; on constata que la tumeur, en forme d'anneau, adhérait à tout le pourtour du canal cervical ; au-dessus d'elle, la muqueuse était complètement lisse et l'orifice interne de l'utérus laissait pénétrer le doigt dans la cavité du corps.

Dans ces deux faits, que nous nous sommes borné à résumer, la présence du diaphragme avait donné lieu à de véritables ménorrhagies ; on détruisit autant que possible avec des ciseaux et des cautérisations le repli du canal cervical et la menstruation redevint normale. Plus récemment, Bidder (1), de Saint-Pétersbourg, a publié une anomalie du même genre, constatée pendant le travail de l'accouchement. Voici l'observation de Bidder :

« Primipare de vingt-six ans : les premières douleurs apparaissent le 24 mai 1878, à cinq heures du soir. Au moment de son entrée, le 25 mai au matin, on trouve le col dilaté et en forme d'entonnoir, mais son canal se trouve divisé en deux poches profondes : une supérieure et une inférieure, par un repli semi-lunaire, particulièrement marqué du côté droit. Ce repli est plus rapproché de l'orifice interne du col ; la poche des eaux et la tête en seconde position s'appliquent sur lui. Les douleurs sont faibles ; elles n'amènent, en aucune façon, la distension de ce repli. La rupture de la poche des eaux qui a eu lieu le soir du même jour, n'est suivie d'aucun résultat. Un frisson survient avec une notable élévation de température. Le 26 mai, à six heures du matin, on pratique deux incisions sur le repli et sur le bord de l'orifice cervical ; à quatre heures et demie, l'orifice est dilaté, et, à sept heures, on extrait, avec le forceps, un garçon de 3.800 grammes en état d'asphyxie, mais qui fut ranimé. On avait dû refouler la lèvre antérieure du col qui s'était trouvée comprimée. La malade eut, le second jour, de la fièvre, conséquence d'une endométrite du col et d'une vaginite. Le repli observé dans le canal cervical paraît complètement détruit et ne se reforme pas. »

« C'est la première fois, dit Bidder, que j'observe cette

(1) P. Müller. Ein eigenthümlicher Bildungsfehler des Cervix Uteri. Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn. III Bd. p. 159-165.

(1) E. Bidder. Aus der Gebäranstalt des kais. Erziehungshauses zu St-Petersburg. Medicin. Bericht für die Jahre 1877-1880, pages 100-101. St-Pétersburg, 1884.

anomalie, tandis que j'ai souvent vu des cloisonnements analogues siégeant au niveau de la partie supérieure du vagin. Ces derniers n'ont jamais apporté de gêne sérieuse à l'accouchement; on ne peut pas dire qu'il en a été de même pour le repli qui se trouvait dans le col. »

En résumé, il semble démontré par ces faits qu'il peut exister chez la femme, du côté du canal cervical, une anomalie analogue à celle qu'on rencontre parfois du côté du vagin et qui a été désignée sous le nom de « cloisonnement transversal. »

Les figures qui ont été données par P. Müller et Breisky, pour représenter cette anomalie, diffèrent légèrement des nôtres, mais leurs observations portaient sur des femmes non enceintes et les nôtres sur des femmes en travail : il est très probable qu'il s'agissait de faits semblables.

De même qu'on n'a guère pu, jusqu'ici, expliquer par le développement embryogénique la présence du cloisonnement transversal du vagin, de même il ne paraît guère facile d'expliquer la production de ce diaphragme ou de ce cloisonnement incomplet du canal cervical.

Dans les faits de Breisky et de P. Müller, la présence du cloisonnement avait été le point de départ d'hémorrhagies qui ont cessé quand on eut détruit le tissu anormal. Dans l'observation de Bidder, le cloisonnement transversal du col aurait apporté quelque obstacle à l'accouchement. Il n'en a point été de même dans nos deux faits.

Dans notre première observation, le diaphragme nous a semblé ne pas occuper toute la circonférence interne du col; mais la femme était secondipare, et il est possible que l'accouchement antérieur ait déterminé la destruction partielle du cloisonnement.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un cas d'hyperthermie post-puerpérale. — Température rectale, 43°. — Effet des bains frais. — Guérison.

Par M. le Dr W. SKINNER.

Depuis le moment où le médecin a commencé à employer le thermomètre en clinique, la question de la limite supérieure de la température animale compatible avec la vie chez l'homme a attiré la vive attention des pathologistes. Liebermeister a fait des recherches sur les mammifères et les oiseaux, d'après lesquelles il résulte que ces animaux meurent infailliblement lorsque leur température est poussée à 6° ou 7° au-dessus de leur point physiologique. Il rappelle, avec Barensprung, que la chaleur maximum observée chez l'homme est 42°,5 et croit que l'absence d'une température plus élevée démontre l'impossibilité de la conservation de la vie audelà de ce terme.

De son côté, Weikhart déclare qu'à 43° C., le sang se décompose en se coagulant. Wunderlich croit aussi qu'une température dépassant 42°,5 entraine forcément la mort. Cependant Hirtz (Dict. de Jaccoud, art. *Chaleur*) affirme que dans la clinique de Strasbourg on observa une température de 44° au moment culminant de la chaleur dans un cas de fièvre tierce simple et bénigne.

Il m'a été donné d'observer dernièrement un cas d'hyperthermie remarquable, se développant dans des conditions spéciales et dont voici les faits principaux recueillis avec une exactitude rigoureuse :

Madame H..., passagère sur le steamer « *Marseille* » allant d'Anvers à la Nouvelle Orléans, accouche le 24 août de son premier enfant, bien conformé et venu à terme. L'accouchement est naturel, mais il se produit une légère déchirure de la paroi postérieure et inférieure du vagin. Délivrance lente, s'opérant une heure après la naissance de l'enfant. Peu de sang au moment de l'accouchement. Les membranes ne paraissent pas entières et il est probable qu'il reste des lambeaux dans la cavité utérine. Pendant quatre jours il s'écoule de la vulve un liquide sanieux, fétide, assez abondant. Il y a absence complète de fièvre et de douleur. L'accouchée occupe un lit dans l'hôpital du navire, et les conditions hygiéniques dans lesquelles elle est placée sont déplorables, la ventilation y est très défectueuse, la chaleur insupportable, et la malpropreté très apparente au point de vue médical.

Jusqu'au 28 août, la température de la parturiente n'avait pas dépassé la normale. Le matin même de ce jour elle était encore de 38°, mais le soir de ce même jour elle avait monté à 39°, c'était alors le quatrième jour après l'accouchement. Etat général satisfaisant, il existe sur toute la surface du corps une éruption extrêmement abondante de sudamina, due à la grande chaleur et à la diaphorèse qui en résultait.

29 *août.* T. R. m. 40°. L'écoulement utérin est toujours abondant et fétide, malgré l'emploi d'injections intra-utérines d'eau phéniquée deux fois par jour. Traitement : sulfate de quinine à dose modérée. Le soir, à 4 heures, je trouve la malade avec une T. R. de 43°. Surpris par ce chiffre élevé et menaçant, et voulant éloigner tout doute de son exactitude, j'ai repris la température, mais avec le même résultat. J'ai ensuite déterminé la température axillaire qui était de 42°C; après dix minutes d'attente, vu l'urgence de produire un abaissement immédiat de la température centrale chez cette malade, j'ai institué, sans délai, le traitement antipyrétique par excellence, c'est-à-dire l'emploi d'eau fraîche ou froide. Des lotions d'eau de mer à 28° furent administrées tout de suite à la fébricitante et continuées pendant une heure, après quoi la température tomba à 42°. Ensuite elle fut mise dans un grand bain d'eau de mer à 28° et elle y resta également une heure. Mais, déjà, après y être restée une demie heure, sa température baissait beaucoup, car elle n'était plus que de 39°, et, à la sortie du bain, elle était de 38°. Le pouls, avant le bain, marquait 154; après celui-ci 120. Avant le bain elle avait ingéré 30 gr de sulfate de magnésie, et après le bain elle a pris 0 gr. 20 de sulfate de quinine. Ce fut tout le traitement employé. Il est bon d'ajouter que la malade ne fut plus renvoyée à l'hôpital du bord, mais placée dans une chambre à part, dans de meilleures conditions. Pendant toute la durée de la fièvre la malade a conservé son entière intelligence et la plus grande partie de ses forces. Il ne s'est présenté aucun autre phénomène morbide général ou local que ceux qui sont mentionnés plus haut.

30 *août.* Grande amélioration. On continue l'administration du sulfate de quinine. T. R. matin, 38°,5; soir, 39°. Le soir, grand bain d'eau de mer qui a fait tomber la température de 39° à 37°C. Les jours suivants, la fièvre diminua graduellement jusqu'au jour de l'arrivée à la Nouvelle Orléans où elle a été transférée à l'hôpital de la Charité. Là, elle resta quinze jours sans présenter de nouveaux accidents, et elle sortit, guérie le 23 septembre.

Il est intéressant de faire remarquer que le jour où cette femme présentait une si haute température la

chaleur de l'atmosphère était très grande, et l'*air de l'hôpital était de* 33°, ainsi que plusieurs jours de suite à cette époque, comme je m'en suis assuré. Il est vraisemblable que cette chaleur excessive du milieu ambiant était pour quelque chose dans l'intensité de la température rectale chez cette fébricitante, ce qui expliquerait, dans une certaine mesure, la facilité avec laquelle on a pu abaisser sa température centrale et l'amélioration qui suivit son transport dans une chambre à part où la chaleur était moindre. On pourrait objecter, au récit de cette observation, que le thermomètre employé dans ce cas ne marquait pas la vraie température; qu'il y avait erreur thermométrique. Pour prévenir cette objection, le thermomètre en question a été éprouvé au laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine depuis que l'observation a été prise, et il a été trouvé exact. La guérison définitive des fièvres ayant atteint la température de 43° est une chose rare ; c'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter ce nouveau fait qui diffère des autres en ce qu'il est arrivé en pleine mer où les ressources du thérapeute sont si restreintes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine. — Cours d'Hygiène : M. le professeur Proust.

M. le professeur Proust a commencé son cours d'hygiène le 24 mars, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. Il s'est attaché dans cette première leçon, à faire ressortir les différences prophylactiques que nécessitent les diverses maladies transmissibles. Celles-ci peuvent se diviser, au point de vue de l'hygiène, en affections capables d'être évitées ou restreintes par la désinfection et l'isolement, et en affections vaccinales. Sous ce nom, il faut entendre toutes les maladies dont l'immunité peut être conférée par une inoculation quelconque; ces dernières maladies seront l'objet du cours de cette année.

Tandis que l'on se met sur la défensive contre les maladies du premier groupe, que nous appellerons simplement, pour abréger, maladies infectieuses, on prend l'offensive contre les maladies vaccinales. Nos moyens offensifs, nos vaccinations, sont si puissants que, pour la variole par exemple, quelques rares épidémies et quelques cas endémiques ont remplacé les terribles hécatombes du XVII[e] et du XVIII[e] siècle. Qu'ils soient offensifs ou défensifs, les moyens prophylactiques dont nous disposons ont déjà produit les meilleurs effets. Depuis le commencement du siècle, la moyenne de la vie humaine s'est considérablement élevée, et si nous entrons dans le détail des maladies infectieuses, nous voyons que les résultats obtenus dépassent toute attente. Lorsqu'en 1869, M. Tarnier entra à la Maternité, la mortalité sur les femmes en couches était de 9,3 0/0; il établit alors un système d'isolement qui fit tomber cette mortalité à 2 ou 3 0/0. En 1881, il pratiqua l'antisepsie et la désinfection, et n'eut plus à déplorer que une mort sur cent accouchées. Isolement et désinfection, tels sont donc les doux moyens que nous devons opposer à toutes les maladies infectieuses. Grâce à eux on a pu chasser des hôpitaux l'infection purulente, reléguer dans quelques pays d'outre-mer la peste et la fièvre jaune, et enfin récemment débarrasser notre territoire du choléra. Si ces mesures étaient rigoureusement appliquées au moment de l'embarquement et durant la traversée des navires, les quarantaines deviendraient inutiles. Elles sont une entrave au commerce et donnent des garanties si insuffisantes qu'en 1885 un navire parti de Marseille importa le choléra en Sicile, après une quarantaine de plus de trente jours. Les procédés prophylactiques dont nous parlons en ce moment ont été érigés en procédés thérapeutiques et médecins et chirurgiens ne font que suivre les hygiénistes lorsqu'ils traitent des typhiques ou lorsqu'ils font des opérations. Dans tous ces cas, c'est dans l'antisepsie et l'isolement que se résume l'intervention. Contre les maladies vaccinales, les procédés à employer sont bien différents. C'est en effet aux inoculations simples, ou à celles des virus atténués que l'on aura recours. Deux maladies seulement sont ainsi évitées chez l'homme : La variole et la rage après morsure. Mais chez les animaux on peut ainsi éviter : les charbons bactérien et bactéridien, le rouget du porc, le choléra des poules, la péripneumonie bovine, la clavelée. Toutes ces affections seront passées en revue cette année, et, pour mettre les élèves au courant des questions d'hygiène touchant de près l'art vétérinaire, le professeur les conduira une fois par semaine à Alfort où il les initiera à cette pathologie spécialo. Nous ne saurions trop engager les étudiants à suivre les éloquentes leçons que va faire M. le professeur Proust sur un sujet aussi palpitant d'actualité; l'accueil qu'il a reçu aujourd'hui a d'ailleurs été chaleureux et sympathique.

Faculté de médecine. — Maladies cutanées et syphilitiques : Conférences de M. Quinquaud à l'hôpital St-Louis.

M. Brouardel a inauguré son décanat par une mesure qui, si nous en jugeons par les résultats obtenus, a été fort bien accueillie. En permettant, en effet, à M. Quinquaud de faire à l'hôpital Saint-Louis, et non à la Faculté des *Conférences officielles* sur les maladies cutanées, le nouveau doyen a montré qu'il savait sacrifier la forme aux besoins de l'enseignement. Dans ce genre d'études, l'examen du malade lui-même est indispensable; aussi enregistrons-nous cette décision comme un heureux présage pour l'avenir.

M. Quinquaud n'en est plus à faire ses preuves. Médecin de l'hôpital Saint-Louis où jadis il fut élève, spécialisé dans l'étude des maladies cutanées, il inaugurait l'année dernière, l'*après-midi* de chaque semaine, une série de cours dont nous avons constaté ici même le grand et légitime succès. Il comblait du reste une lacune en permettant aux nombreux internes et externes, retenus chaque matin par leurs services respectifs, de se familiariser avec un sujet spécial dont la connaissance leur évitera ultérieurement bien des embarras. Aussi serait-il désirable que M. Quinquaud put faire les *leçons au lit du malade* du samedi, non pas à 9 heures, comme il l'a annoncé, mais bien à 4 heures, à l'instar des deux autres leçons du lundi et du mercredi. Il est vrai que ces deux dernières sont beaucoup plus cliniques que théoriques car, après le cours, les malades défilent devant les yeux des assistants qui, grâce aux merveilleuses ressources d'un musée incomparable, ont pu *de visu* suivre pendant la leçon l'évolution de la maladie décrite par le professeur.

Nous insistons encore sur l'utilité d'un pareil enseignement et sur les avantages qu'en retireront les élèves. Ils pourront pendant ce semestre faire une révision presque complète de toutes les maladies cutanées sous la direction d'un homme érudit qui ne ménage ni son temps ni sa peine. D'ailleurs nous devons dire — et c'est le meilleur éloge que nous puissions faire — que l'amphithéâtre de Saint-Louis avait toutes ses places occupées et que les applaudissements qui ont accueilli M. Quinquaud ont montré que les élèves savaient parfaitement reconnaitre des efforts dont ils auront tant à bénéficier.

Faculté de médecine.— Conférences d'anatomie pathologique : M. Robin, agrégé.

M. Alb. ROBIN a commencé ses conférences devant un auditoire peu nombreux. Il faut espérer que les leçons suivantes seront plus suivies ; les élèves auront tout à gagner : ils pourront prendre là des notions saines et correctes d'une question que la plupart d'entre eux ignore absolument. M. Robin, en effet, traitera devant eux de l'*Anatomie pathologique générale* « science de synthèse différant de l'histologie pathologique autant que l'anatomie générale diffère de l'anatomie descriptive. »

Et entrant immédiatement en matière, M. Robin, appuyant ses démonstrations par des figures qu'il présentait et décrivait successivement, a étudié tout d'abord la vie normale d'une cellule, cette vie qui est la mise en action d'un certain nombre d'aptitudes telles que : motilité, neurilité, réactions au contact des agents extérieurs, réactions chimiques. La grande lutte de la cellule contre l'agent morbigène, les variations chimiques morphologiques qui en résultent constituent la maladie.

Dans toute maladie, il y a des altérations histo-chimiques dans la composition de la cellule ; les lésions anatomiques sont consécutives. — M. Robin est clair et précis, toutes qualités nécessaires pour entreprendre la tâche difficile qu'il s'est imposée et qu'il mènera certainement à bien, à en juger par cette première leçon.

Des kystes hydatiques du foie ; leur traitement. Nouvelles méthodes thérapeutiques.

Dans un précédent article (1) nous avons étudié les modifications récentes des méthodes anciennes de traitement des kystes hydatiques du foie, sauf ce qui concerne le procédé de Récamier. Avant de passer aux méthodes nouvelles, disons un mot de ce mode d'intervention.

Procédé des caustiques ou procédé de Récamier, et ses diverses variantes. La récidive étant assez fréquente après la ponction capillaire aspiratrice, en raison de l'évacuation incomplète du contenu du kyste, on ne tarda pas à se rendre compte de la nécessité *d'ouvrir largement* la cavité kystique ; c'est ce qui a conduit les chirurgiens à adopter les méthodes nouvelles. Mais dès 1825 Récamier en avait compris l'importance. Cherchant à ouvrir le kyste sans pénétrer dans la cavité abdominale, il arriva à son but en utilisant un moyen ingénieux, dû d'ailleurs à de Graefe, à savoir la production d'adhérences entre la paroi abdominale et la tumeur par des applications successives de substances caustiques ; de plus, les caustiques amenaient, en fin de compte, l'ouverture du kyste par la destruction des parties molles à ce niveau, sans que le liquide puisse tomber dans la cavité péritonéale. Ainsi procédait Récamier.

Son procédé a été modifié bien des fois. Quelques chirurgiens, comme Dolbeau, au lieu de laisser le kyste s'ouvrir spontanément par la chute des eschares, ont cru devoir donner issue à son contenu par une incision au bistouri. — Bégin opérait autrement : il incisait la paroi abdominale au bistouri, puis plaçait les caustiques dans la plaie, sur la paroi même du kyste. — Demarquay et Richet ont encore modifié ce procédé.

(1) Voir *Prog. médical*, n° 11.

Nous n'insistons pas, tout ceci est connu ; signalons seulement que M. Tillaux était encore partisan de cette méthode en 1881. Actuellement on la considère comme ne devant plus rester dans la pratique. M. Reclus, qui lui attribue une mortalité de 36 0/0, d'après Hauxley, semble la rejeter. Elle est, en effet, difficile à exécuter avec sûreté ; elle est infidèle, cause de violentes douleurs, parfois amène de la péritonite, et, enfin, demande un long espace de temps pour que la guérison soit complète. Malgré tous ces inconvénients, elle a été, faute de mieux, utilisée très souvent par les médecins danois jusque dans ces dernières années. M. Vallas souhaite qu'on lui soit reconnaissant des services qu'elle a rendus avant l'antisepsie et trouve un peu sévère la critique de M. Reclus.

II. *Des méthodes nouvelles de traitement ; ouverture des kystes hydatiques du foie par la méthode des larges ouvertures.*

La méthode antiseptique, peu après son apparition, a permis d'attaquer le foie malade comme les autres organes de l'abdomen ; on a donc dû recourir à un manuel opératoire nouveau pour traiter les kystes hydatiques qui s'y développent. Les nouvelles méthodes sont au nombre de deux : 1° *Procédé de Volkmann* ; 2° *Procédé dit de Lindemann-Landau.*

1° *Procédé de Volkmann.*

Historique. Volkmann, dès 1877, au VI[e] Congrès des chirurgiens allemands, communiqua sa nouvelle façon d'opérer. On la crut vraiment neuve, et de suite, en Allemagne, on lui donna le nom de procédé de Volkmann ; quoi qu'il en soit, c'est Récamier qui en fut l'inventeur, c'est Bégin qui l'employa un des premiers, et tous les deux étaient de France. Il est vrai que ce procédé n'avait pas attiré suffisamment l'attention des chirurgiens français ; Volkmann a au moins le mérite de s'en être fait dernièrement le plus ardent défenseur. N'oublions pas non plus que semblable opération avait été pratiquée par divers chirurgiens : Russel (1), Jarjavay (2), Ried et Brehme (3), Ruysch, Reyher, Velpeau, Panaroli, etc., avec ou sans succès.

Le procédé dit de Volkmann jouit actuellement encore d'une grande faveur en Allemagne, malgré l'emploi de l'autre méthode, qui commence à rallier chaque jour de nouveaux adhérents. On peut même dire qu'il est classique dans ce pays depuis 1877 ; un grand nombre de chirurgiens, tels que Trendelenburg, Albert (de Vienne), Kœnig, Madelung, l'ont employé, l'emploient encore et en vantent les mérites. En France, cette méthode n'a pas été très appréciée ; en tout cas, très rarement on a opéré un kyste du foie de cette façon. M. Braine n'a trouvé dans la littérature médicale française et ne cite dans sa thèse que le cas du P[r] Chauvel ; encore ce chirurgien modifia-t-il un peu le procédé ordinaire, en se servant du thermo-cautère, au lieu du bistouri, dans le premier temps de l'opération. Nous pouvons en faire connaître un autre cas, celui d'un malade, opéré en 1886 d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie par

(1) Russel. *Arch. gén. de médecine*, 1838.
(2) Jarjavay. *Gaz. des Hôp.*, 1858, n[os] 89, 90.
(3) *Deutsche Klinik*, 1857.

M. le Dr Marc Sée (1). Inventée en France, cette méthode y est, on le voit, sinon inconnue, du moins laissée dans l'oubli.

Manuel opératoire. Quel est donc le procédé de Volkmann qui, en Allemagne, a supplanté, dès son apparition, la méthode de la double ponction de Simon? Cette opération comprend deux temps : *premier temps*, incision de la paroi abdominale ; *deuxième temps*, incision des parois du kyste ; ils s'exécutent à une huitaine de jours d'intervalle.

Premier temps. — Anesthésie et précautions antiseptiques ordinaires. L'incision de la paroi abdominale est faite au point où le kyste fait la saillie la plus notable et dirigée parallèlement aux cartilages des fausses côtes ; elle présentera une longueur de 6 à 9 centim. On incise successivement au bistouri, et non pas au thermocautère, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles sous-jacents et leurs aponévroses, jusqu'au péritoine pariétal, en écartant les fibres musculaires à la sonde cannelée, en assurant, chemin faisant, l'hémostase par des ligatures au catgut ordinaire. Quand la plaie est bien exsangue, on fend, avec des ciseaux, le feuillet pariétal du péritoine dans toute l'étendue de l'incision. Généralement on aperçoit à cet instant la paroi du kyste qui vient s'engager dans la plaie cutanée. Quelquefois de l'épiploon et des anses intestinales peuvent venir s'y présenter ; on doit s'efforcer de les maintenir à distance.

A ce moment, on procède au pansement. Les précautions antiseptiques prises, on remplit la plaie de tampons de gaze iodoformée ou phéniquée. Par-dessus, pansement antiseptique habituel. On a soin de placer un bandage en flanelle assez serré pour limiter autant que possible les mouvements du foie, en immobilisant la base du thorax. Cette immobilité favorise la production des adhérences entre la paroi du kyste et la paroi abdominale sectionnée, ce que l'on cherche, et, de fait, au bout de huit à dix jours, une zone de fausses membranes d'un centimètre environ, en forme d'ovale, réunit les bords de la plaie abdominale à la surface correspondante ou externe de la poche kystique (2).

Deuxième temps. — Pas d'anesthésie, car l'incision du kyste est indolore ; alors même qu'il y aurait du tissu hépatique à traverser pour atteindre la tumeur, l'emploi du chloroforme n'est pas indiqué.

On enlève le pansement (certains chirurgiens le renouvellent plus ou moins souvent pendant les 8 ou 10 jours précédents), lave avec soin la plaie avec des solutions antiseptiques et incise au bistouri la paroi kystique. S'il y a du tissu du foie à sectionner, on emploie le thermo-cautère. Immédiatement le kyste se vide, mais plus ou moins complètement, suivant l'état de son contenu. On essaie de le nettoyer aussi bien que possible, y fait des lavages à l'acide salicylique (1) et, enfin, place un drain volumineux dans cette cavité qui, parfois, est très grande. On remplit la plaie de gaze iodoformée, puis on applique un pansement antiseptique.

Pansements consécutifs. — Tous les deux jours au moins (quelquefois tous les jours), on doit renouveler le pansement et faire des irrigations dans la cavité. On se règle sur ce qui est resté dans le kyste et sur les modifications qui s'y produisent.

La cavité diminue progressivement, mais assez lentement. La plaie abdominale se rétrécit de plus en plus, à mesure que la paroi kystique revient sur elle-même ; il reste, en fin de compte, une fistule qui guérit en plusieurs mois, quand le kyste a complètement disparu.

Appréciation. — Telle est l'opération en deux temps de Volkmann. Il est évident que ce procédé constitue un très notable progrès sur les méthodes anciennes, quoiqu'elle s'inspire des mêmes idées, à savoir la nécessité de la production des adhérences entre le kyste et la paroi du ventre et la crainte d'ouvrir la cavité péritonéale. Elle est on ne peut plus facile à faire ; c'est à peine si le chloroforme est utile dans le premier temps. Elle vaut mieux, et la statistique le démontre, que le procédé des ponctions aspiratrices et même que ceux de Verneuil, de Simon, de Kuster, etc. Poulet (2), sur un relevé de 12 cas, n'enregistre qu'une mort ; Lithotsky (3), assistant du Pr Albert (de Vienne) a réuni 17 cas, et tous auraient guéri ; de même Korach (4) donne 6 guérisons sur 6 opérations.

Si nous ajoutons aux 12 cas cités par Poulet les 2 cités par Braine (celui de M. Sée doit rentrer dans cette statistique, à la condition de ne pas être classé parmi les insuccès opératoires, puisque la mort, au 11e jour, n'a pas été causée par l'intervention chirurgicale), on a un total d'une quinzaine de cas, dont 1 mort ou 2 tout au plus.

Avec un nombre d'observations aussi peu considérable, on ne peut essayer de donner une statistique ayant une grande valeur ; mais ces chiffres montrent que cette opération donne des résultats et qu'ils sont des plus encourageants.

2° *Procédé dit de Lindemann-Landau ou incision en un temps.*

Historique. Le procédé de Volkmann a été, dans ces derniers temps, presque abandonné ; on peut dire même qu'il est aujourd'hui supplanté par celui désigné sous le nom de procédé de *Lindemann-Landau.* Cela pour un certain nombre de raisons : on a reconnu qu'on pouvait ouvrir le péritoine, enlever les tumeurs abdominales, quel que soit leur point de départ, sans faire courir aux malades trop de danger ; puis une opération, comme celle de Volkmann, qui se pratique en deux fois à 8 ou 10 jours d'intervalle, n'est pas certainement le mode d'intervention idéal, celui auquel on doive s'arrêter.

(1) Le malade était dans le service de M. Marc Sée, dont nous étions alors l'interne, à la Maison municipale de Santé. Cette observation très intéressante a été recueillie avec soin ; l'opéré est mort dans des circonstances bizarres qu'il serait oiseux de rapporter ici ; à l'autopsie on constata que tout l'abdomen était littéralement farci de kystes hydatiques ; ces kystes ont servi à des études zoologiques faites par M. Blanchard. (*Zool. méd.*, p. 436.)

(2) Nous avons très-bien pu constater ce fait chez l'opéré de M. Sée, mort 11 jours après le début de l'intervention ; à l'autopsie une [illegible] pseudo-membraneuse très solide assurait l'adhésion tout en permettant un certain mouvement de glissement du kyste sur la face interne de la paroi abdominale.

(1) On pourrait employer tout autre médicament antiseptique.

(2) *Rev. de Chirurgie*; *loc. cit.*, p. 452.

(3) Lithotsky. *Deutsche Zeitschrift fur Chir.*, Bd. XXII, 1886. — *Sem. médic.*, 1885, p. 89.

(4) Korach. *Zur operativen Behandlung der Leberechinokokken*, in *Berlin. Klin. Woch.*, n° 19. 1883.

C'est pourquoi l'on songea bientôt à traiter les kystes hydatiques du foie comme les kystes de l'ovaire ; c'est pourquoi Lindemann, le premier, dès 1878 (1), adopta, de propos délibéré, la méthode des larges ouvertures, la section des parois de l'abdomen et du kyste en un seul temps. Saüger (2) opéra d'une façon analogue à peu près à la même époque, et Landau (3), en 1880, proposa un certain nombre d'importantes modifications au procédé de Lindemann. Les chirurgiens acceptèrent avec empressement, au IXe Congrès des chirurgiens allemands, la nouvelle façon d'opérer (4). Dans la littérature allemande, il existe actuellement un grand nombre d'observations relatant des observations de ce genre.

En Angleterre, M. Lawson-Tait, un des premiers, vanta (5) l'incision en un temps (1880). Depuis, quelques chirurgiens anglais ont marché sur ses traces ; mais, au début, il eut beaucoup de peine à faire triompher son opinion. C'est lui qui, outre l'incision, proposa de faire la résection d'une partie des parois des kystes et recommanda de la pratiquer aussi étendue que possible. Lorsqu'en 1882 il eut publié 4 guérisons, la cause de la nouvelle méthode fut gagnée et l'on suivit son exemple (6).

En France, la première observation publiée est due à M. Terrier. A la Société de Chirurgie, où elle a été communiquée en 1885, elle fut le point de départ d'une discussion des différents modes de traitement des kystes hydatiques du foie. Plusieurs chirurgiens, MM. Lucas-Championnière, Monod, Segond, etc., rapportèrent plusieurs cas opérés par le procédé de Lindemann-Landau, plus ou moins modifié. Au sein de cette Société, il rallia de nombreux partisans.

En somme, à l'étranger, et de même chez nous, il paraît admis aujourd'hui que cette méthode *d'ouverture large du kyste, par une incision en un seul temps* présente une notable supériorité sur tous les anciens modes de traitement; aussi, croyons-nous utile d'en faire connaître le manuel opératoire avec les détails les plus minutieux. Nous ne décrirons pas ici les procédés de Lindemann et de Landau qui sont un peu différents l'un de l'autre. Il nous suffira de résumer le chapitre de la thèse de M. Braine qui renferme la description de l'opération qu'aujourd'hui l'on doit pratiquer. C'est ce que nous ferons dans un prochain numéro.

M. B.

(1) Le manuel opératoire préconisé par Lindemann a été décrit dans la thèse d'un de ses élèves, Kirchner; *Inaug. Dissert.*, Berlin, 1879. Son 1er cas est de 1871.

(2) Saüger. *Berlin. Klin. Woch.*, 1877, p. 155. L'opération date de 1875.

(3) Landau. *Berliner Klin. Woch.*, 1880, p. 93, nº 7 et 8.

(4) *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 1882.

(5) Lawson-Tait. *The Lancet*, 1880. — *Soc. médico-chirurgicale de Londres*, comptes rendus.

(6) Pour la bibliographie complète de la question, voir la thèse de notre collègue et ami Braine et le tableau de tous les cas publiés jusqu'à la fin de 1886, p. 116.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Un concours pour deux places de suppléant à l'Ecole de médecine de Caen s'ouvrira à Paris le 7 novembre 18[illegible], pour la suppléance des chaires d'anatomie et de physiologie, et le 15 novembre 1887 pour la suppléance des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale. Le registre d'inscription sera ouvert le 7 avril au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, où on trouvera les conditions de ce concours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 *mars* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. GERMAIN SÉE et E. GLEY communiquent les résultats de leurs *expériences sur les mouvements rythmiques du cœur*. Ils rappellent les recherches de MM. Kronecker et Schmey qui ont découvert, en 1884, à la limite inférieure du tiers supérieur du sillon interventriculaire antérieur, dans le cœur du chien, un point d'entrecroisement des voies d'innervation, dont ils font un centre de coordination pour les mouvements des ventricules. Si, en effet, l'on enfonce une aiguille dans ce point, on constate immédiatement des contractions très intenses des ventricules : ces contractions désordonnées, ataxiques, s'affaiblissent et cessent bientôt, en même temps que les ventricules se dilatent et que les oreillettes continuent à battre rythmiquement. Le pouls artériel disparaît à ce moment et la pression sanguine tombe à zéro. La faradisation de ce même point provoque les mêmes effets que l'intervention de l'aiguille : les résultats sont encore identiques si l'électrisation porte sur les parois des ventricules. Il semble donc exister un nœud vital du cœur, mais la nature fonctionnelle de ce centre reste encore indéterminée. Ces faits peuvent servir à établir la pathogénie de l'angine de poitrine : si, en effet, par suite de l'oblitération d'une artère coronaire, il y a irritation des amas de cellules nerveuses, placées dans la cloison interventriculaire, les contractions des ventricules peuvent se transformer en ces oscillations désordonnées devenant rapidement mortelles.

M. L. RANVIER étudie le rôle des *vacuoles des cellules caliciformes* ou glandes muqueuses unicellulaires de la membrane qui recouvre le sac lymphatique rétro-lingual de la grenouille. Ces vacuoles se déplacent, s'ouvrent les unes dans les autres et modifient leur volume. Ces mouvements, qui peuvent être activés par l'excitation électrique, disparaissent après la mort : ils sont donc d'origine vitale. Les vacuoles sont situées dans la masse du protoplasma qui occupe le fond des cellules ou dans les travées protoplasmiques qui en émanent : elles peuvent occuper toutes les régions de la cellule caliciforme. Se rompant dans l'intérieur même de la cellule elles déversent probablement le long de ses travées protoplasmiques le liquide qu'elles renfermaient. Ce liquide entraîne alors une partie des masses de mucigène et arrive, ainsi chargé de mucine, à l'ouverture de la cellule, transformé en mucus.

MM. DOMINGOS, FREIRE, GIBIER et REBOURGEON adressent une deuxième note *sur le microbe de la fièvre jaune et sur son atténuation*. Ces microbes sont des microcoques réunis en longues chaînettes flexueuses et capables de se développer en cultures. La transmissibilité de la fièvre jaune aux animaux (lapins, cobayes, oiseaux), est possible par l'injection de matières morbides ou de liquides de culture. Ces derniers liquides perdent peu à peu de leur virulence et peuvent être convertis en vaccin bénin. Des inoculations avec ces cultures atténuées ont été faites à Rio-de-Janeiro sur plusieurs milliers d'individus.

M. P. LANGLOIS indique les résultats de ses recherches sur *la calorimétrie chez les enfants malades*. Ses études, faites avec le calorimètre de M. Ch. Richet, ont eu pour objet de déterminer si l'hyperthermie de la fièvre est due à une production plus grande ou à une déperdition moindre de chaleur. M. Langlois a vu que, dans les maladies chroniques, avec hypothermie, il y a diminution de production de calorique : que, dans les maladies avec hyperthermie il existe une augmentation sensible dans la production de chaleur. La thermogénèse et la température paraissent donc être en corrélation directe dans les maladies.

MM. B. BALL et O. JENNINGS signalent certains *caractères du pouls chez les morphinomanes*. Le pouls est sensiblement normal pendant la période de satisfaction, alors que le malade est encore sous l'influence d'une pi[illegible] récente. Au contraire, quand le sujet se trouve en état de besoin, le

tracé du pouls présente un plateau : ce dernier est un indice de l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque qui explique le sentiment de défaillance des malades. La présence de ce plateau peut aider au diagnostic de la morphinomanie. Le traitement doit chercher à relever l'impulsion cardiaque.

M. F. Rochas étudie *la signification du ganglion cervical supérieur* et la nature de quelques-uns des filets qui y aboutissent ou en émanent chez divers Vertébrés.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 mars 1887. — Présidence de M. Laborde.

M. Beaunis présente de la part de M. René (de Nancy) un appareil enregistreur modifié.

M. Gréhant continuant ses expériences sur l'action hypnotique des mélanges titrés d'oxygène et d'acide carbonique a été vivement surpris en constatant qu'une grenouille peut encore vivre dans un mélange à parties égales d'oxygène et d'oxyde de carbone, alors qu'elle meurt dans un mélange renfermant les mêmes proportions d'oxygène et d'acide carbonique. Ce dernier gaz serait donc plus toxique que le premier, ce qui n'est généralement pas admis? Par l'analyse, M. Gréhant a pu constater qu'il restait encore une quantité d'oxy-hémoglobine suffisante pour entretenir la vie chez les animaux à sang froid, la grenouille en particulier.

MM. Chouppe et Pinet exposent, à l'inverse de l'opinion émise par H. Motte, que l'élévation de la température dans le tétanos est uniquement due aux contractions musculaires.

M. d'Arsonval remet une note de M. Charpentier (de Nancy) sur la *persistance des impressions lumineuses.*

M. Beauregard remet une note de MM. Tourneux et Herman sur l'*embryon du poulet.*

M. Straus remet une note de MM. Engel et Kiener sur les *causes de la réaction dite hémaphéique des urines.*

M. M. Duval remet une note de M. Laulanié sur l'*origine des cellules sexuelles.*

M. Budin avait recueilli deux faits d'anomalie des organes génitaux qu'il n'avait pas publiés, parce que, n'ayant pas fait l'autopsie et ne trouvant dans la science aucun cas analogue, il devait se tenir sur la réserve. La dernière lacune a été comblée et trois nouveaux faits ont été signalés par Muller (de Berne) et Bidder. En 1875, alors qu'il était interne à la Maternité, M. Budin, en touchant une femme en travail, constata qu'au niveau du tiers inférieur du col il existait une sorte de diaphragme implanté sur la paroi utérine et tout à fait indépendant des membranes. La dilatation se fit et l'accouchement eut lieu sans encombre. En 1879, il recueillit un nouveau fait à la clinique d'accouchements ; la parturition un peu gênée par un rétrécissement du bassin n'eut à subir aucun arrêt de la part du diaphragme. Dans un cas, Muller prit la membrane pour un polype; dans un autre, Bidder fit une section. Doit-on voir là une anomalie de développement analogue aux cloisonnements du vagin ou de l'utérus (1).

M. Beauregard dit que chez les ruminants et surtout chez les cétacés on trouve dans l'utérus deux ou trois rangées de ces diaphragmes, superposées les unes aux autres.

Elections. — M. Brown-Séquard est élu *président quinquennal* de la Société ; — M. Charrin, membre titulaire ; — MM. Laborde, Quinquaud, Bouchereau, Hénocque, Duclaux, Dupuy, membres du conseil.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mars 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. le Président donne lecture du *pli cacheté*, déposé au mois de novembre 1886, par M. Roussel; ce pli est relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'Eucalyptol.

M. Dujardin-Beaumetz déclare que les résultats qu'il a obtenus en traitant des tuberculeux par les injections d'eucalyptol, sont différents de ceux signalés dans la précédente séance par M. Ball. L'eucalyptol diminue l'expectoration, mais n'agit nullement sur le bacille; il est susceptible d'engendrer des inconvénients en provoquant de la dyspnée et de l'anorexie. Pour faire ses injections, M. Dujardin-Beaumetz s'est servi de la vaseline liquide, dans la porportion de 20, 25, 30 et 50 d'eucalyptol pour 100 de vaseline liquide.

M. le Président invite M. Bergeron à prendre place au bureau en qualité de secrétaire perpétuel et lui adresse les compliments d'usage.

M. Bergeron adresse de nouveau à l'Académie ses remerciements et souhaite que les discussions qui se sont produites au sein de l'Académie au sujet de son élection soient oubliées.

Election d'un membre correspondant national. Votants : 71. Majorité : 36. Au premier tour de scrutin. M. Thomas (de Tours), est élu par 41 voix, contre M. Surmay (de Ham), 23; M. Dezanneau (d'Angers), 5; M. de Closmadeuc (de Vannes), 2.

M. le Président déclare une *vacance* dans la section de pharmacie.

M. Ball lit au nom de M. O. Jennings et *au sien*, un travail sur *le traitement de la morphinomanie.* La meilleure thérapeutique est celle qui consiste à supprimer le stimulant habituel et à le remplacer, au moment du besoin, par un médicament capable de réveiller l'activité de la circulation. Un grand nombre de médicaments ont été préconisés comme succédanés de la morphine : celui que conseillent MM. Ball et Jennings est le sulfate de spartéine, administré par la voie hypodermique, (deux à quatre centigrammes). Le traitement de la morphinomanie consisterait donc à placer le malade dans une maison de santé où la surveillance indispensable du médecin peut s'exercer à chaque instant; à supprimer plus ou moins complètement l'usage de la morphine; à relever l'action du cœur au moment opportun par une injection de spartéine, à laquelle on joindrait en cas de besoin une injection de morphine, si les accidents devenaient par trop menaçants. Le collapsus peut se terminer par la mort, et l'emploi de la morphine le fait immédiatement disparaître. La nitro-glycérine peut apporter aux malades un soulagement momentané. Son emploi consiste en une application de quelques gouttes sur la langue.

M. A. Meunier (de Lyon) lit un mémoire sur un *nouveau développement de la méthode des injections hypodermiques.* Depuis l'emploi de la vaseline liquide médicinale, on peut injecter les substances même les plus irritantes, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient, ce qui crée ainsi une antisepsie médicale.

Suite de la discussion sur l'inspectorat des Eaux minérales. — M. Hardy vient défendre l'inspectorat des eaux minérales en le modifiant légèrement. Les eaux minérales doivent être surveillées par des médecins. Quels seront ces médecins? Quelles seront leurs fonctions ? Comment seront-ils nommés? Et d'abord pourquoi supprimer l'inspectorat actuel! Autant de questions comportant des réponses variées et opposées. D'une manière générale les reproches adressés aux inspecteurs ne sont pas fondés, par cela même que les préfets se montrent plus soucieux de faire de la politique que de l'administration ; il en résulte que l'autorité des inspecteurs est affaiblie et annihilée, là où elle aurait le plus besoin d'être reconnue et écoutée. Dans les stations où l'inspecteur a pu prendre l'influence que comportait sa situation, il a rendu de réels services. C'est ainsi que M. Bertrand a puissamment contribué à faire scientifiquement prospérer le Mont-Dore ; il en a été de même à Vichy avec MM. Prunelle et Petit ; à Allevard avec M. Niepce. Au point de vue pratique, M. Hardy voudrait laisser toute latitude aux inspecteurs pour rédiger leurs mémoires, qui seraient adressés à l'A-

(1) Voir page 267.

cadémie. Le titre d'inspecteur éveille bien des susceptibilités au point de vue égalitaire. C'est un tort, car personne ne peut prétendre empêcher l'inégalité des titres et des honneurs. Toutefois, la nomination d'inspecteur doit être légitimée par le mérite ; or le choix du ministre est défectueux. M. Hardy souhaite que ce soit l'Académie qui présente deux candidats parmi lesquels le ministre devra choisir l'inspecteur, car il n'a pas une grande confiance dans les nominations faites par les médecins libres. Quant à l'inspecteur nommé, il serait bon de le mettre en garde contre une destitution imméritée, en sollicitant alors l'avis de l'Académie.

M. Brouardel établit qu'il existe entre les diverses stations des différences considérables et qu'un même système d'inspection ne leur est pas applicable. Dans les stations (74 environ) ayant moins de quatre médecins, le service d'inspection doit être fait par un délégué. Dans les 28 autres stations qui comptent au moins six médecins, les fonctions des inspecteurs sont médicales et administratives. Or, pour ces dernières, le médecin est généralement incompétent. Il en est de même pour les questions de captage, d'infiltration des eaux météoriques, d'adductions des sources, toutes questions qui ressortent aux ingénieurs des usines. Il est donc possible de ne pas soumettre toutes les stations au même contrôle. M. Brouardel demande que la surveillance des stations soit d'ordre gouvernemental et que les intérêts généraux soient liés à leur prospérité. Cette surveillance sera exercée par le ministre du commerce. Le comité consultatif d'hygiène publique provoquera l'emploi de délégués spéciaux, ingénieurs des mines, chimistes, médecins. La surveillance locale sera exercée par le Préfet, de concert avec le Conseil d'hygiène du département. Un inspecteur de l'hygiène du département serait chargé de la surveillance hygiénique et administrative. Le service local serait fait dans les petites stations par un médecin nommé par le ministre du commerce sur la présentation du comité consultatif d'hygiène. Ce médecin serait chargé du traitement des indigents et des deux rapports à envoyer au ministre et à l'Académie.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 novembre 1886. — Présidence de M. Cornil.

27. Endocardite végétante ; par M. Joqs, interne des hôpitaux.

Le nommé Rig... (Achille), menuisier, âgé de 19 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 5, service de M. Empis, le 30 août 1886. Pas de rhumatisme ni de maladie grave antérieurs. Le 7 juillet, à la suite d'un refroidissement prolongé, frissons violents, fièvre intense. Le lendemain, il est resté couché et ne s'est plus relevé. Palpitations fréquentes, douleur précordiale. Le 30 août, entre à l'hôpital. Toute l'attention se porte sur le cœur. Battements irréguliers. La palpation et la percussion dénotent une hypertrophie notable. Auscultation : souffle intense au premier temps et à la pointe; souffle moins fort au deuxième temps et à la base. Frottement péricardique faible à la base du cœur au niveau des oreillettes. Depuis son entrée jusqu'à la fin, les résultats de l'auscultation n'ont pas varié quant aux souffles; seulement quelques poussées de péricardite marquées par du frottement et une anxiété précordiale plus considérable. La matité précordiale a augmenté, pour ainsi dire, de jour en jour, dénotant une hypertrophie très forte. Léger œdème des malléoles, pas d'albumine dans les urines. Mort subite le 25 novembre.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. Il n'y a rien de notable que du côté du cœur. Les poumons et les reins, surtout le gauche, sont seulement congestionnés. Pas de liquide dans le péricarde. La pointe du cœur est formée exclusivement par le ventricule gauche. Poids : 750 grammes, vidé de ses caillots. Sur la face antérieure de l'oreillette gauche, le péricarde est rugueux, ainsi qu'au point correspondant du feuillet fibro-pariétal. Le ventricule gauche est très dilaté ; ses parois sont épaissies. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est très dilaté. La valve aortique de la mitrale est à peu près intacte, mais la petite valve est en partie détruite ; elle n'a plus de piliers. L'oreillette gauche est dilatée ; traces d'endocardite, tandis qu'il n'y en a pas dans l'intérieur du ventricule gauche. Dilatation de l'orifice aortique et insuffisance de l'une de ses valvules, qui est ratatinée. Rien dans le cœur droit.

Réflexions : Cette dernière observation tire tout son intérêt de la comparaison qu'on peut en faire avec la première. En effet, voilà deux malades qui meurent tous deux d'une endocardite, mais quelle différence surtout du côté des symptômes! Dans le premier cas, phénomènes infectieux et rien que cela pendant longtemps, à tel point que le diagnostic était impossible. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était bouché par une grosse végétation, c'est pourquoi pas de souffle pendant la vie. Il est vrai qu'il était compensé par un anévrysme valvulaire, mais celui-ci a dû se produire seulement à la fin, au moment où le cœur affaibli ne poussait plus assez fort la colonne sanguine pour produire un souffle. Dans le second cas, au contraire, les phénomènes d'auscultation sont tout de suite si forts qu'ils ne laissent pas un moment le diagnostic douteux. Différence aussi au point de vue de l'étiologie. Dans le premier cas, nous ne trouvons que des chagrins ; dans le second, le refroidissement est bien nettement la cause de l'endocardite. Nulle part de rhumatisme. Ainsi donc, ces deux cas sont instructifs, surtout à cause des nombreuses différences qu'ils présentent entre eux, quoique étant désignés sous le même nom : endocardite.

28. Rapport sur la candidature de M. Toupet au titre de membre-adjoint ; par M. Hartmann.

Parmi les diverses présentations faites par M. Toupet à la Société anatomique, il en est une qui nous a paru particulièrement intéressante ; c'est sur celle-là seulement que nous devons attirer l'attention.

Dans la séance du 26 janvier 1883, M. Toupet nous présentait une malformation cardiaque remarquable qu'il avait recueillie à l'hôpital des Enfants chez une petite fille de 7 ans. Cette enfant entrée depuis longtemps dans le service de M. Bouchut avait présenté dès sa naissance les signes d'une maladie bleue, aussi s'était-elle très peu développée. Les extrémités étaient constamment violacées, les ongles et les phalangettes étaient hypertrophiées en forme de petite massue; la température était basse 36°, et la respiration fréquente. Du côté de la cage thoracique on voyait une voussure sterno-costale prédominante du côté gauche. Au niveau du foyer de l'artère pulmonaire, on sentait à la palpation un frémissement vibratoire intense et on percevait à l'auscultation un fort bruit de souffle au premier temps. Parfois à la suite d'une contrariété, d'une émotion, cette petite malade avait des accès de suffocation pendant lesquels les téguments, surtout les lèvres, étaient d'un bleu noirâtre. Avec une santé aussi fragile cette enfant résista cependant à une rougeole et à une coqueluche. Au commencement de l'année 1883, elle était dans un état de santé très satisfaisant pour elle, quand elle fut prise d'une bronchite qui l'emporta en quelques jours. Pendant cette dernière affection, le frémissement vibratoire et le souffle au niveau du foyer de l'artère pulmonaire avaient notablement diminué. A l'autopsie, le cœur était très hypertrophié, et l'hypertrophie était due surtout à l'augmentation de volume des cavités droites. La paroi ventriculaire de ce côté était très épaissie, la valvule tricuspide présentait peu d'altération. Lorsqu'on voulut ouvrir le canal pulmonaire, on trouva que l'infundibulum était séparé de la cavité du ventricule par un rétrécissement n'ayant aucune apparence inflammatoire et admettant à peine une plume d'oie. Au-dessus de ce rétrécissement, on voyait l'infundibulum, puis les valvules sigmoïdes petites mais souples, et enfin l'artère pulmonaire présentant à peine le quart du calibre de l'aorte. Dans le ventricule gauche la valvule mitrale était à peu près normalement conformée, mais à la partie supérieure de la cloison existait un orifice en forme d'échan-

erure admettant presque deux doigts et faisant communiquer les deux ventricules. L'aorte se trouvait exactement à cheval sur la cloison, les valvules sigmoïdes étaient saines et parfaitement suffisantes. Des deux oreillettes, la droite était très hypertrophiée, la gauche au contraire atrophiée. Les deux valvules, qui en s'accolant ferment normalement lo trou de Botal, n'étaient pas soudées ; on pouvait facilement passer entre elles une sonde cannelée, mais elles chevauchaient suffisamment pour assurer l'occlusion; les deux oreillettes n'auraient pas communiqué si la valve antéro-supérieure n'avait présenté du côté de son bord libre deux orifices circulaires dont l'un admettait une plume de corbeau. En résumé,ce cœur offrait une communication interventriculaire, une perforation de la cloison interauriculaire, une aorte qui naissait à cheval sur les deux ventricules; mais ce qu'il y avait de principalement intéressant, c'était cette variété de rétrécissement pulmonaire siégeant à la naissance de l'infundibulum et séparant le ventricule droit en deux parties. M. Toupet fit ressortir que ce n'est pas là le siège ordinaire des rétrécissements de l'artère pulmonaire; c'est bien plus souvent en effet au niveau des valvules sigmoïdes qu'on les observe. Il est étonnant que cette enfant ait pu vivre jusqu'à l'âge de 7 ans et supporter une rougeole et une coqueluche. Elle succomba d'ailleurs commo succombent presque tous ces malades à une affection pulmonaire, mais pas à une affection tuberculeuse.

29 Rapport sur la candidature de M. Lubet-Barbon au titre de membre adjoint; par M. Tuffier.

Parmi les présentations faites par M. Lubet-Barbon devant la Société anatomique et à l'appui de sa candidature au titre de membre adjoint, je choisirai celle qui a trait à des lésions multiples et profondes du cœur en dehors du rhumatisme. La malade qui en fait le sujet entra à l'hôpital Tenon en mai 1884, service de M. Barth. Son histoire pathologique est courte: depuis trois ans environ elle se plaint de palpitations de cœur, de fréquentes poussées de bronchite, s'accompagnant chaque fois d'œdème malléolaire fugace et intermittent. C'est un de ces accès plus fort que les autres qui l'amène à l'hôpital. On ne trouve pas de rhumatisme dans les antécédents de la malade.

Les phénomènes s'aggravent peu à peu, l'œdème augmente, la dyspnée devient intense, causée qu'elle est par l'œdème pulmonaire,et un épanchement assez notable dans la plèvre droite et notre malade présente le tableau ordinaire de l'asystolie. On a pu cependant nettement constater un double bruit de souffle à la pointe et un souffle au niveau de la valvule tricuspide.

La malade succombe et à l'autopsie on trouve les lésions banales de l'asystolie dans le foie, le poumon, les reins; une péricardite adhésive; sur le péricarde viscéral un semis de granulations que l'examen histologique montre formées de tissu conjonctif. Le cœur est hypertrophié, la valvule triscupide est rétrécie et ses valves épaissies. L'orifice mitral est rétréci au point d'admettre à peine les pointes de cisoaux fermés, les valves sont épaissies, soudées ensemble et transforment l'orifice en un canal étroit et rigide do un centimètre de long. Ce sont là à vrai dire les altérations du cœur liées au rhumatisme, portées à leur plus haut degré,et cependant on ne retrouve dans l'histoire de la malade aucune trace de cette maladie. Il est aussi remarquable de voir une lésion mitrale considérable et ancienne ne donner lieu pendant longtemps qu'à si peu de troubles circulatoires.

Il semble que le débit du sang ait été suffisant tant que les autres organes ont bien fonctionné. Uno bronchite est survenue, a rompu l'equilibre et a déterminé los accidents qui ont amené la mort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 mars 1887. — Présidence de M. Féréol.

A propos du procès verbal, M. Besnier expose les résultats que lui a fourni l'emploi sur une vaste échelle des injections sous-cutanées de sels do mercure. Il a employé tantôt le calomel à la dose de 0 gr. 10 pour 1 gr. 20 d'huile de vaseline, tantôt l'oxyde jaune à la même dose dans de l'eau gommeuse, en injectant simultanément moitié de la dose sur chaque fesse. S'il ne se produit aucune manifestation syphilitique nouvelle, il faut s'en tenir là, sinon répéter les injections en laissant au moins huit jours entre chacune. Avec l'oxyde jaune, il n'a eu aucun accident; avec le calomel, les mêmes que ceux indiqués par M. Balzer. M. Besnier, tout en admettant les bons résultats que donne cette méthode, ne croit pas que sa supériorité soit telle qu'il faille la substituer aux médications habituelles. Il lui reconnait de nombreux inconvénients: d'abord elle est douloureuse, effraye les syphilitiques qu'il a vus déserter complètement son service à St-Louis. Les abcès sont également un sérieux ennui pour les malades, parfois il a vu même, sous l'influence de cette médication, les accidents s'aggraver. De plus, si on est sûr ainsi d'administrer le mercure aux malades, peut-on être assuré qu'ils reviendront à jour fixe se faire faire leurs piqûres, ou devra-t-on les garder plusieurs semaines à l'hôpital? Et, d'ailleurs, si on cherche à se rendre compte de la quantité de mercure qu'on peut ainsi livrer à l'organisme, on voit que les 0 gr. 40 centigr. de calomel, dose ordinaire du traitement, en se surchlorurant dans l'organisme, ne peuvent donner naissance qu'à 0 gr. 23 centigr. de sublimé, dose réellement bien faible pour une période encore longue. M. Besnier croit donc que cette méthode thérapeutique doit être réservée pour les cas rebelles aux médications ordinaires. Il propose d'ailleurs de mettre à l'ordre du jour de la Société la question générale du traitement de la syphilis.

M. Féréol pense que cette question serait trop vaste et propose de mettre à l'ordre du jour uniquement la question des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis. — M. Balzer répond aux objections de M. Besnier et maintient ce qu'il a dit dans la dernière séance.

M. Dumontpallier dépose l'observation d'*analgésie hypnotique dans le travail de l'accouchement* qu'il a déjà communiquée à la Société de biologie et lit l'histoire d'un fait d'*apoplexie nerveuse*. Il s'agit d'un homme de 28 ans, mécanicien, qui fut atteint le 12 août d'apoplexie avec coma d'une demi heure et à la suite d'hémiplégie droite avec aphasie. Les mouvements étaient un peu revenus à son entrée à l'hôpital, mais il était encore hémiplégique droit des membres et de la face (paralysie faciale complète portant même sur le facial supérieur sans contracture, ni spasme de l'autre côté, ni déviation de la langue); — hémianesthésique sensitivo-sensoriel et dyschromatopsique. Un courant faible ou l'application de plaques de cuivre transférait le tout de l'autre côté. Après quelques tâtonnements, au moment où consécutivement à l'application des plaques de cuivre à droite, le transfert avait amené à peu près l'égalité de la force dynamométrique des deux côtés, on appliquait également des plaques de cuivre à gauche; on put ainsi arriver à un état stable et, après quelques séances, obtenir la guérison. Etant sorti guéri, il eut uno rechute qui fut traitée avec succès par le même procédé.

M. Debove insiste sur ces faits d'apoplexie nerveuse qu'il a bien signalés le premier; le seul signe distinctif est l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Bien souvent, ces malades sont traités comme syphilitiques et déclarés guéris, parce que souvent par le séjour seul à l'hôpital ils guérissent spontanément.

M. Huchard fait tout au long l'historique de l'angine de poitrine comme effet des altérations des artères coronaires qu'il décrit en détail: rétrécissement fonctionnel des artères coronaires par contraction réflexe, le point de départ étant de l'aortite; rétrécissement des coronaires par des plaques d'athérome, soit à leur origine, soit dans leur continuité, enfin leur oblitération complète. Ces différents types qu'admet l'auteur lui permettent de répondre à toutes les objections: angine de poitrine sans lésions visibles des coronaires à l'autopsie, ou bien seulement avec de l'aortite à distance des coronaires. Enfin, les faits de rétrécissement des coronaires, sans qu'il y ait angine de poitrine, peuvent s'expliquer, dit M. Huchard, par les anastomoses des coronaires ou bien par une erreur de diagnostic qui a méconnu les accès pseudo-gastralgiques. Le traitement consiste dans l'emploi des iodures et surtout de l'iodure de sodium pendant plusieurs années, à la dose de 2 et 3 gr. par jour et du nitrite d'amyle au moment des accès. Sa

statistique est la suivante depuis 1879 : 180 cas se répartissant ainsi : 100 fausses angines de poitrine ; 80 cas d'angine vraie, dont 40 guéris, 18 améliorés et 22 morts, sur lesquels 13 fois il y avait insuffisance ou rétrécissement aortique.

M. MOUTARD-MARTIN fait plusieurs objections à M. Huchard et pense qu'il est beaucoup trop affirmatif ; qu'il serait bien plus clinique de dire qu'il y a probablement plusieurs mécanismes produisant l'angine de poitrine et que, d'autre part, les lésions dites caractéristiques peuvent ne pas produire l'accès angineux. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mars 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. LE DENTU fait un rapport sur *quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation* adressées à la Société par M. HOUZEL (de Boulogne). Dans un cas, il s'agit d'une dame de 34 ans, atteinte de diphtérie (tirage, accès de suffocation, etc.) ; la malade demande le chloroforme. Opération en 3 temps ; on cesse l'anesthésie au moment d'ouvrir la trachée. Mort 3 jours après. Dans le 2e cas : Enfant de 5 ans atteint du croup (tirage, cyanose des lèvres et des extrémités, etc.). On endort le malade. Hémorrhagie profuse pendant l'opération, difficulté d'introduction de la canule. Respiration artificielle. Mort 36 heures après l'opération. Nous citons seulement ces deux faits. — A propos de l'analyse de ces observations de M. Houzel, M. Le Dentu fait remarquer que ce chirurgien insiste sur le choix à faire des cas de trachéotomie susceptibles de la chloroformisation ; il profite de l'occasion pour aborder la question des contre-indications de l'anesthésie. Il parle d'abord des affections pleuro-pulmonaires (empyème avec costotomie, par exemple) dans lesquelles on opère sous le chloroforme, puis des affections du cœur (il ne s'arrête pas à un bruit de souffle ; il s'occupe surtout du fonctionnement actuel de l'organe central de la circulation). Ce qu'il importe de connaître pour les contre-indications de l'anesthésie, ce sont les troubles fonctionnels des grands systèmes organiques plutôt que les lésions matérielles quand celles-ci ne dépassent pas un degré moyen.

Pour lui toutes les trachéotomies ne sont pas justifiables de la chloroformisation. Quand il s'agit de la trachéotomie préventive, préliminaire, il n'y a pas d'inconvénient à anesthésier le malade à condition d'avoir une hémostase parfaite au moment où on ouvre la trachée (trachéotomie pour cancer du pharynx, de l'amygdale, par exemple). De plus dans les trachéotomies faites pour combattre l'asphyxie commençante, il faut distinguer 2 cas : 1° les asphyxies de cause mécanique (dans ces cas, pas de chloroforme) ; 2° Les asphyxies de cause spasmodique. Dans ces derniers cas, l'anesthésie n'est pas un danger, elle peut même suspendre le spasme. Il est vrai qu'il est parfois très difficile en clinique de savoir si une asphyxie est de cause spasmodique ou mécanique ou à la fois spasmodique et mécanique. Quoi qu'il en soit, il est convaincu que très souvent l'anesthésie pour ces sortes d'asphyxie amène une détente immédiate et régularise la respiration.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE raconte qu'il y a six ans il a trachéotomisé, pour un œdème de la glotte, avec M. West (le médecin anglais bien connu), un malade qui asphyxiait. Il ne chloroformisa pas le patient, malgré le conseil de M. West qui lui disait qu'à Londres on n'aurait pas manqué de le faire. Comme M. Le Dentu, il croit, à l'heure qu'il est, que l'administration du chloroforme, loin d'accroître l'asphyxie dans ces cas, la fait diminuer ; mais ceci s'applique à l'asphyxie d'origine laryngienne et non pas à celle qui tient à une lésion pleuro-pulmonaire. Ces faits sont tout à fait distincts ; on comprend cependant que le chloroforme rende de bons services, quelle que soit la nature de l'asphyxie.

M. TERRIER rappelle que depuis longtemps en Angleterre et en Amérique on emploie l'anesthésie dans la trachéotomie d'une façon méthodique, que, depuis longtemps, M. Gouguenheim opère dans de telles conditions à l'hôpital Bichat. Pour lui, lorsqu'on veut opérer un sujet porteur d'une affection cardiaque les troubles fonctionnels ne doivent pas suffire pour faire admettre ou repousser l'anesthésie ; il faut, en s'aidant de tous les moyens de recherches dont dispose le physiologiste (cardiographe, sphygmographe), se rendre compte de l'état du cœur.

M. RICHELOT prétend que, si l'on fait la laryngotomie intercrico-thyroïdienne au lieu de la trachéotomie chez l'adulte, on peut se dispenser de recourir à l'anesthésie.

M. VERNEUIL a fait, en 1862, une trachéotomie sous le chloroforme, pour des polypes du larynx déterminant des accès de suffocation. Il a constaté, lui aussi, que l'anesthésie faisait reparaître la régularité de la respiration. Il demande à la Société d'admettre ce principe : « Les membres de la Société sont d'avis que, dans tous les cas, l'anesthésie est admissible pour la trachéotomie. »

M. LEFORT a endormi avec le chloroforme des malades qu'il a trachéotomisés. En ce qui concerne les spasmes de la glotte (asphyxie spasmodique), il croit que l'anesthésie est dangereuse dans certains cas ; il cite des exemples de mort survenue pendant la chloroformisation de sujets atteints de spasmes de la glotte dus au tétanos.

M. BERGER pense que, contrairement à ce que vient de dire M. Lefort, l'état spasmodique est favorablement influencé par le chloroforme. Pour lui le chloroforme, donné quand il y a une douleur très intense et des modifications cardiaques dues à cette exagération des phénomènes douloureux, relève le cœur.

M. ANGER, pour un cas au moins, est persuadé que le chloroforme administré pendant une trachéotomie a été la cause de la mort.

M. LE DENTU répond aux orateurs précédents. Il maintient que, en ce qui concerne les lésions cardiaques, il n'y a pas de critérium pour l'anesthésie ; d'autre part, il est convaincu que dans la laryngite diphthérique l'asphyxie n'est pas seulement mécanique, mais aussi en rapport avec un certain spasme des muscles du larynx.

M. DOYEN (de Reims) lit un travail sur *4 cas de lithotritie* et, à ce propos, montre quels rapports doivent exister entre les microbes de la vessie et les calculs vésicaux.

M. POZZI présente un nouveau porte-aiguille, construit par M. Collin, spécialement fait pour les aiguilles courbes en lame de sabre. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 mars 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. MAYET remet une note de son fils, sur un procédé permettant de faire des pastilles de goudron sans sucre, à l'usage des diabétiques. La formule est la suivante :

Goudron de Norwège.	2 grammes.
Bi-carbonate de soude.	18 id.
Phosphate de chaux bibasique . .	30 id.
Essence d'anis.	V gouttes.

Mucilage de gomme adragante q. s. pour faire 100 pastilles de 50 centigrammes.

M. MARTINEAU, à l'inverse de M. Hallopeau qui les rejette comme trop douloureuses, vante les bons effets des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique. Il a fait 180,000 de ces injections et se croit aujourd'hui absolument maître de la syphilis évitant ainsi au fœtus d'être contagionné par une mère qui a pris la vérole au courant de sa grossesse. Les injections doivent être faites dans le tissu cellulaire sous-cutané avec une solution neutre et limpide ; elles seront suivies d'une légère friction locale.

Répondant à M. MOUTARD-MARTIN, l'auteur ajoute qu'il n'a aucune expérience personnelle sur les injections de calomel en suspension dans la vaseline liquide.

M. C. PAUL lit une note de M. BÉDOIN, aux conclusions de laquelle il s'associe, sur les bons effets des injections préconisées par M. Martineau. Lui-même a quelquefois prescrit avec succès une pommade à la peptone mercurique ammonique.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit qu'à ces injections il faut préférer la formule suivante :

Vaseline liquide médicinale	30 grammes.
Oxyde jaune de mercure.	1 gramme.

Agiter le liquide avant d'emplir la seringue.

Cette injection n'est *jamais* douloureuse à l'inverse des précédentes et l'on n'injecte qu'une seringue tous les *quinze*

jours. On n'aurait besoin de faire les injections au calomel que tous les mois d'après Scarenzio, mais elles sont douloureuses.

M. Bilhaut lit une note sur l'emploi de la *Grindelia robusta* contre la coqueluche. On peut donner sans danger 4 grammes d'extrait fluide correspondant à 4 grammes de médicament actif. Gilles de la Tourette.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

VIII. Zwei Falle von Darminvagination bei Kindern mit Ausgang in Genesung (Deux cas d'invagination intestinale dans l'enfance terminés par la guérison); par Max Herz (*Archiv. für Kinderheilkunde,* Band 8, Heft 1).

IX. Uber Vorkommen Bedeutung und Behandlung der Phimose bei Kindern (Fréquence, importance et traitement du phimosis dans l'enfance); par Wittelshofer(*Wiener medizinische Wochenschrift*, 5 et 12 février 1887).

VIII. Le premier malade de Herz était un enfant de deux ans et demi pris depuis le matin de coliques très violentes. Les efforts de défécation après avoir amené une première fois l'issue de mucus sanguinolent étaient ensuite restés inutiles. Le facies était grippé et il y avait eu un vomissement. On sentait dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction en forme de boudin très sensible aux moindres pressions. Une sonde en gomme fut introduite aussi haut que possible dans le rectum, l'enfant étant placé dans le décubitus dorsal, les jambes un peu relevées pour relâcher le ventre. Par cette sonde on insuffla de l'air au moyen d'un soufflet tandis qu'on faisait sur la tumeur un massage modéré. L'insufflation et le massage furent ainsi faits à trois reprises différentes, les reprises durant chacune deux minutes et étant séparées par une minute de repos. A la troisième on sentit tout à coup la tuméfaction disparaître sous les doigts, tandis que des gaz et des matières s'échappaient par le rectum. Guérison complète.

Le deuxième malade était un enfant de sept mois souffrant depuis douze heures de coliques avec vomissements continuels, issue de sang par l'anus, constipation. Le collapsus était profond, on sentait à droite une tuméfaction douloureuse: un lavement ne ramena que du mucus sanglant sans aucune matière. Chez lui les injections d'air échouèrent. Une irrigation très abondante à l'eau tiède ne réussit pas davantage. On fit alors, l'enfant étant chloroformisé, une nouvelle irrigation d'eau tiède, au moyen d'une sonde en caoutchouc et d'un obturateur anal. L'eau tiède sortie, on injecta immédiatement un peu d'eau glacée. La situation ne semblait pas modifiée et Herz était parti songeant à préparer tout pour une laparotomie, quant on vint l'avertir que l'enfant peu de temps après son départ avait eu trois selles. Le rétablissement fut également complet.

Herz fait suivre ces deux observations de réflexions sur le traitement de l'invagination. Il montre que certaines invaginations se réduisent très facilement et en quelque sorte d'elles-mêmes, dès que le malade est endormi par le chloroforme, ou bien dès qu'on fait un peu de massage. Dans un cas même, l'invagination disparut, tandis qu'on pratiquait le toucher rectal. Quand l'invagination est plus rebelle, Herz croit qu'il y a toujours avantage à commencer par les insufflations d'air, et à n'avoir recours qu'ensuite aux irrigations par l'eau. Il signale en passant le moyen mixte du siphon d'eau de Seltz. Tous ces moyens auront d'autant plus de chances de succès que l'invagination sera plus récente, siégera plus bas, et sera de volume moins considérable. La première observation donne des détails suffisants pour la technique des insufflations d'air. Pour les injections d'eau, Herz conseille de les faire précéder comme adjuvant, d'un bain à 28°, d'une demi-heure de durée. Pour l'anesthésie on se servira toujours de chloroforme; l'opium proposé par quelques médecins donne des résultats bien inférieurs. L'enfant sera placé sur le dos, le bassin élevé, la poitrine et la tête basse. La sonde employée aura un large orifice pour que le jet soit plus puissant, elle sera poussée aussi loin que possible. L'injection sera toujours faite lentement et sans jamais forcer. (L'oubli de ces précautions pourrait entraîner des ruptures de l'intestin). La quantité d'eau est subordonnée à la hauteur de l'invagination. Trois à quatre litres sont souvent nécessaires. Cette eau sera employée tiède. Son séjour dans l'intestin ne sera jamais très prolongé. Après sa sortie, si l'invagination n'a pas cédé on peut essayer d'injecter un demi-litre à un litre d'eau glacée. Il est rare qu'en répétant plusieurs fois ces tentatives on ne triomphe pas de l'invagination, et qu'on soit forcé d'avoir recours à la laparotomie. Quant au traitement par les courants électriques Herz ne semble pas l'avoir jamais employé

IX. En dehors de ses complications locales (balanite, eczéma, mictions incomplètes et fréquentes) le phimosis produit parfois dans l'enfance des accidents généraux, qui le plus souvent ne sont pas rapportés à leur véritable cause. On voit souvent un état de malaise continuel avec insomnie anoréxie, fièvre irrégulière, n'ayant pas d'autre origine, et se dissipant rapidement après l'opération. Les accidents les plus sérieux sont loin de coïncider toujours avec les phimosis les plus étroits. Ils dépendent bien plutôt de la situation relative du méat urinaire et de l'orifice préputial. Dans les cas les plus défavorables ce dernier est situé sur un plan supérieur à celui du méat. L'urine s'accumule dans le cul de sac ainsi formé, et la miction n'a lieu que par une sorte de regorgement. C'est alors qu'on a pu voir des cystites, des uretérites, des pyélites venir compliquer le phimosis. Parmi les complications qui ont été indiquées comme possibles il en est d'autres dont l'existence semble à W... moins bien établie. C'est ainsi qu'il ne croit guère aux convulsions signalées par Sayne, à la suite d'accumulation de masses de magma sous le prépuce. Il ne croit pas non plus à l'influence du phimosis sur la production des hernies ombilicales. Le motif invoqué pour motiver cette influence (rétention ordinaire d'urine consécutive au phimosis et refoulement de la masse intestinale par la veine distendue) n'est pas admissible, la rétention n'étant jamais que partielle et la distension de la veine étant trop peu considérable. Il s'agit tout simplement dans les cas signalés de la coincidence fortuite de deux affections très fréquentes. W... opère tous les phimosis, si peu intenses qu'ils soient dès qu'il y a le plus léger degré de balanite. L'impossibilité de bien nettoyer le gland est à ses yeux une indication suffisante. Jamais il n'enlève tout le prépuce. Il se contente de pratiquer l'incision dorsale; l'œdème qui se forme au niveau des ailerons latéraux se dissipe de lui-même en quelques semaines et le résultat esthétique qui semble les premiers jours peu satisfaisant est alors aussi parfait que dans les autres procédés.

A. F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Laïcisation des hôpitaux : Réponse de M. Peyron à M. le Dr A. Després. — Nouvelle lettre de ce dernier.

Paris, le 25 mars 1887.

Monsieur le Directeur,

La *Gazette des Hôpitaux* a publié, dans son numéro du 24 mars, une lettre de M. Després que j'aurais laissée sans réponse si, à côté des déclamations habituelles et des erreurs familières à M. le docteur Després, je n'y avais relevé le passage suivant :

« De son côté, M. Peyron sait que dernièrement quand il s'est agi d'envoyer dans un service d'enfants atteints de croup une dame D..., célibataire, élève diplômée de l'Ecole d'infirmières laïques, appelée à ce poste, à son tour de placement, elle a refusé d'y aller, disant qu'elle ne voulait pas gagner le croup. »

J'affirme de la façon la plus énergique que jamais je n'ai appelé Mme D... à aucun emploi dans aucun hôpital d'enfants et qu'elle n'a pas eu à refuser un poste que je ne lui ai pas offert. — Veuillez recevoir, etc., E. Peyron.

Tout homme impartial, après cette lettre si catégorique, aurait reconnu galamment son erreur; tel n'est pas M. A. Després

qui riposte par la lettre suivante parue dans le n° du 31 mars de la *Gazette des hôpitaux* :

Paris, le 29 mars 1887.

Mon cher Directeur,

M. le Directeur de l'hôpital de la Pitié, à qui M. le Directeur de l'Assistance publique donnera sans doute des instructions pour contester l'exactitude des faits, a pris, il y a quelque temps, une sous-surveillante d'un service de chirurgie de cet hôpital, pour l'envoyer dans un service d'enfants, afin de remplacer les sœurs hospitalières renvoyées. Pour une raison ou pour une autre, il fut question de rappeler cette surveillante dans son ancien service, et il devenait urgent de trouver une personne pour la remplacer. C'est alors que Mme D... fut avertie qu'elle serait appelée à ce poste et qu'elle a refusé ; une dame H..., également diplômée de l'École d'infirmières, présentée de la même façon, a également refusé ; et l'on a dû laisser, dans le service d'enfants, la surveillante que l'on y avait placée.

Je me hâte d'ajouter que ce n'est pas de M. le Directeur de la Pitié que je tiens le fait. Je craindrais, en effet, si je ne faisais cette déclaration, que M. Peyron ne sacrifiât ce directeur aussi allègrement qu'il a sacrifié au Conseil général deux excellents employés de l'Assistance publique, MM. Brueyre et Savouré, condamnés, sans doute, tous deux par M. Bourneville, qui est toujours, à ce qu'il paraît, directeur occulte de l'Assistance publique.

M. Peyron pouvait certainement, à l'aide d'une restriction mentale, nier énergiquement le fait que j'ai avancé ; je ne m'en étonne pas autrement et c'est assurément là un moyen d'administrer à la portée de tout le monde. — Veuillez agréer, etc.

Dr Armand DESPRÉS.

Aucun fait, à notre connaissance, n'autorise qui que ce soit à mettre en doute la véracité de M. le Dr Peyron. Qui oserait dire qu'il en est de même pour M. Després? Il est fort douteux qu'on trouve ce défenseur parmi les médecins et surtout parmi les chirurgiens. Pour accepter une semblable responsabilité, ils connaissent trop sa manière de faire, ses contradictions qui l'emportent jusqu'aux confins de l'absurde, ses statistiques... fantaisistes, etc., etc., toutes choses qui lui ont justement mérité tant d'exécutions, plus ou moins dures, à la *Société de Chirurgie.*

M. Després, qui se pique d'être très expert en administration, fait preuve d'une singulière ignorance en attribuant au directeur de la Pitié, qu'il essaie de compromettre, le pouvoir de faire passer une suppléante (et non une sous-surveillante) d'un établissement dans un autre. C'est au directeur de l'Assistance publique seul qu'il appartient de provoquer les déplacements de cette nature.

Après avoir accusé *faussement* Mme D... d'avoir refusé d'obéir à un ordre qu'elle n'avait pas reçu, il accuse Mlle H. . d'avoir également refusé. Cette nouvelle accusation est aussi erronée que la première : M. Després ajoute une calomnie de plus à toutes celles dont il s'est déjà rendu coupable.

Quant aux insinuations de M. Després qui nous concernent personnellement, nous estimons inutile d'y répondre. Nos lecteurs les apprécieront à leur valeur, de même qu'ils jugeront sévèrement l'insanité, à l'adresse de M. Peyron, qui termine sa lettre. B.

— Nous recevons trop tard pour l'insérer dans ce numéro une nouvelle lettre de M. Després.... et ce ne sera pas la dernière !

La question de la rage.

A titre de document, nous reproduisons la lettre ci-après que M. le professeur Pajot vient d'adresser au *Journal de médecine de Paris.*

Mon cher confrère,

Comme tous les médecins, je suis avec le plus vif intérêt toutes les phases du traitement curatif de la rage par la méthode Pasteur. Voulez-vous me permettre de dire que je trouve jusqu'ici, la question absolument mal posée. Il importe en effet, assez peu que M. Pasteur guérisse ou non la rage.

S'il la guérit, nous nous en réjouirons tous et je ne serai pas le dernier à porter mon obole à la statue qu'on lui élèvera. S'il ne la guérit pas, on continuera à laver et à cautériser les plaies, traitement qui n'est pas à dédaigner. Mais la question n'est pas là.

La question, la vraie question, la seule question, est d'être sûr que la méthode ne peut pas donner la rage à ceux qui ne l'ont pas, ou qui ne l'auront pas. Voilà ce dont il faut être définitivement assuré. Et il n'y a rien de plus facile. Nous avons toujours, malheureusement, en France et en Algérie, au moins une douzaine de condamnés à mort. Il ne s'agit plus ici de chiens, de lapins ou de cobayes ; qu'on explique à chacun de ces misérables, ce dont il s'agit ; qu'on promette la vie sauve à tous ceux qui survivront, et, avec leur consentement, qu'on inocule par la *méthode intensive* une douzaine de ces hommes, devant une commission, composée de deux fanatiques et de deux adversaires de la méthode qui choisiront, tous quatre, leur président.

Procès-verbaux seront dressés des inoculations, de leur nombre, de la qualité des liquides injectés et dans un an la question sera irrévocablement résolue.

Jusque-là, la *méthode intensive* peut être considérée comme *un péril social possible.* Faites, mon cher ami, de cette lettre tout usage qui vous semblera bon. Je ne recherche que la vérité.

A vous, etc. Pr PAJOT.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des névralgies.

Par le Dr L. GUESDON.

L'action élective de l'aconitine s'exerce sur les nerfs sensitifs dont elle réduit ou supprime les fonctions, et en même temps que cet alcaloïde produit l'anesthésie, il calme la circulation, diminue le calibre des capillaires et abaisse la température.

L'excellent travail publié par le Dr A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore.*

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées. »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies ; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière ; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées ; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique comme les Pilules Moussette, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le Dr Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880.)

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués ; c'est pour combattre cette complication que le Dr Moussette a composé des pilules, très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début il sera bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour jusqu'à six dans les vingt-quatre heures ; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et à moins de cas exceptionnels on ne devra pas aller au delà ;

s'il survenait un peu de diarrhée on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

A la suite des plaintes faites contre le sieur Lesecq voici ce que les Religieuses écrivirent au Bureau qui allait renvoyer ledit Lesecq.

Messieurs, je supplie notre bon Jésus qu'il vous donne sa saincte paix et à nous aussy, car nous ne la scaurions avoir que par votre moian. Nous sommes extrêmement affligées de ce que l'on nous dict hier au soir, que nous demeurions en désordre comme nous sommes que M. notre grand maistre ne sortira pas, combien qu'il ayt esté résolu en Chappitre que sy, qu'il vous aloit obéyr et sy bien sur son debvoir que rien plus, et vous voyez bien le contraire. C'est une humeur qui ne sempeschera jamais de remuer, nous supplyons vostre charité pour lamour de Dieu d'y apporter les remèdes necessaires pour vostre repos, *ses bonnes sœurs avec luy chantent desja le te Deum* (1), l'on dira bien ce que l'on a accoustumé de dire que vous autres messieurs n'avez guère de pouvoir de laisser un homme après vous avoir faict tant dafronds et à nous à votre occasion, et vous en fera bien d'autres sy le temps dure, encores que nous ne croyons pas que sy les hommes ne nous en déblaye, Dieu nous l'hostera, nous ne croyons pas que ce soit la volunté de Dieu à faire tout ce qu'il faict toutesfois le tout soit pour sa gloire et pour nostre statut en demeurant Messieurs vos servantes, etc.

Que la lettre soit Bruslée s'il vous plaist.

La lettre ne fut nullement brûlée. Nous trouvons même au verso les notes suivantes :

A condition que messieurs Ladvocat se feront advouer sans approuver la communauté ny La mère des novices, touttes choses demeureront en lestat qu'il estsans rien innover.

Que la sage femme sera continuée en sa charge et enjoindra aux gens d'eglise de luy administrer les sacrements.

Arrivant à l'avenir quelque desordre par luy, messieurs du chappitre advouez promettront le destituer et feront aux premiers plainctes à quoy messieurs tiendront la main et ne nous habandonneront pas.

Quand le père Delahaye fut destitué ce fut par la prière de Messieurs du Chappitre à la suasion de Mr Chastelain qui après luy advoir donné son congé audict Chappitre fut encores six moys au logis, vinrent au Bureau pryer de le congedier et *oster sa pitance* ce qui fut observé.

Se feront advouer. Mrs Pidoux, de Vertamont et Ladvocat demeureront garens de leurs parolles, qu'en cas que pendant un moys s'il fait la moindre chose contraire à ce qui est de l'ordre ordinaire, à une seulle plaincte dont nos sieurs seront creus, ils en permettront un autre, — fera tout le contraire de ce qu'il a faict.

. . . .

Restablira les sacremens a la sage femme et la laissera en repos, n'entreprendra rien sans en conférer au Burreau, les religieuses seront baillées par les Prieure et soubz prieure sans son ministère que la benediction. (*Liasse* 875).

Banquet offert à M. le professeur Brouardel.

Vendredi soir 25 mars a eu lieu le banquet offert à M. le professeur Brouardel pour fêter sa nomination au décanat. Un certain nombre de professeurs de la Faculté assistaient à cette réunion; citons MM. Gavarret, Jaccoud, Tarnier, Cornil, Grancher, etc., un grand nombre d'agrégés, de médecins des hôpitaux et quelques internes. Des toasts ont été portés en grand nombre; mentionnons seulement les plus remarqués, ceux de MM. Gavarret, Grancher et Landouzy. M. Brouardel a répondu en quelques mots à ces marques de sympathie, à toutes les félicitations, et a dit à ses amis, à ses collègues et à ses élèves comment il entend remplir ses nouvelles fonctions, parfois si difficiles, de doyen de la Faculté de médecine de Paris.

(1) On a pu voir dans les pièces précédemmen citées que les sœurs de l'Hostel Dieu étaient réparties en deux camps : les *anciennes* et les *nouvelles*. Cette lettre parle du camp des anciennes.

Banquet annuel de l'internat.

Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 16 avril à sept heures et quart, dans les salons du *Grand-Hôtel*, sous la présidence du professeur Hardy. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) pourra être versé dans les hôpitaux, entre les mains de l'interne en médecine, *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottenthuit, 56, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Exposition d'hygiène de Varsovie (1887).

Bureau : Président, Dr V. Szokalski, prof. en retraite; vice-présidents, MM. le Dr Luczkiewicz, prof. en retraite; Grotowski et Janicki, ingénieurs civils; secrétaire général, M. Polak, médecin, rédacteur de la revue d'hygiène *Zdrowie*; caissier, M. Wenda, pharmacien ; gérant du secrétariat, M. Zdanowski. Les bureaux se trouvent à l'Hôtel-de-Ville de Varsovie (14, rue des Sénateurs); section de génie urbain. — *Programme :* L'Exposition comprend cinq groupes : I. Hygiène des aliments; II. Hygiène des vêtements; III. Hygiène des logements; IV. Hygiène spéciale, divisée en trois sections : 1° hygiène des écoles (h. pédagogique); 2° hygiène des ateliers (h. industrielle); 3° hygiène des hôpitaux; V. Statistique et météorologie.

1er *Groupe : Hygiène de l'alimentation.* — 1. Physiologie et chimie des aliments. Eléments chimiques du corps humain et des principaux aliments, présentés dans leur état naturel, diagrammes, tableaux, etc., en rapport avec la nourriture normale de l'homme. — 2. Animaux et végétaux servant à la nourriture de l'homme. Dessins, modèles, nature. — 3. Echantillons des comestibles : Blé, farine, beurre, fromage, miel, etc. — 4. Laiteries et préparation des comestibles. — 5. Préparation des aliments. Cuisson, art culinaire. Ustensiles de cuisine. Fourneaux économiques. Restaurants à bon marché. — 6. Eau potable et son épuration. Filtres portatifs. Thé, café, cacao, chocolat, koumys, kéfir, boissons alcooliques. — 7. Conserves alimentaires, aliments artificiels, farines et composés pour l'enfance, extraits et autres succédanés. — 8. Méthodes d'analyser les denrées alimentaires et de reconnaître les altérations, falsifications et sophistifications. Plantes vénéneuses. — 9. Rations alimentaires suivant le sexe, l'âge et la profession (enfants, écoliers, adultes, vieillards. Ouvriers, détenus. — Tableaux et littérature.

2e *Groupe : Hygiène des vêtements.* — 10. Qualités sanitaires des différents tissus et des différentes couleurs. Linge et vêtements extérieurs. Chaussure. Vêtements spéciaux. Vêtements et tissus imperméables. Costumes anciens et modernes. — Vêtements et chaussures nuisibles. Corsets, chignons, crinolines.

3e *Groupe : Hygiène des habitations* (propreté du corps et de l'entourage).— 11. Plans, dessins et modèles d'habitations. Emménagement et arrangement intérieur des maisons. — 12. Matériaux hygiéniques pour constructions. Parquets et planchers imperméables. Peintures, vernis et badigeonnages faciles à laver. Papiers et tentures. Marbres, ciments, bitume. — 13. Pavage, pierre, asphalte, bois et leurs composés, pavage en fonte, macadam. — 14*a*. Approvisionnement des villes et des habitations en eau potable, aqueducs, aménagement d'eau de source et d'eau de rivière, filtrage et purification des eaux. Bains publics et privés, baignoires, étuves, lavabos ; 14*b*. Evacuation des immondices et des matières fécales. Canalisation, drainage des habitations, égouts, water-closets, earth-closets, pissoirs, Emploi de la tourbe et d'autres désinfectants. — 15. Chauffage. Chauffage central, poêles, cheminées. Choix des combustibles. Aération des habitations. Appareils ventilateurs. Ventilation des grandes salles et édifices publics. — 16. Eclairage des habitations Appareils et procédés de photométrie. Eclairage par l'électricité, au gaz, au pétrole, etc. Lampes de différents systèmes, anciens et modernes. Bougies, chandelles, etc., etc. — 17. Mesures préventives, secours contre les incendies et les inondations, moyens de sauvetage. — 18. Soins à donner à la peau, et maladies provoquées en les négligeant (illustrations), savons et cosmétiques. — 19. Microorganismes pathogènes (champignons morbifiques). — Tableaux, illustrations, littérature.

4e *Groupe : Hygiène spéciale.* — 20. Ecoles, constructions et édifices scolaires. Crèches, salles d'asile. Ecoles primaires et moyennes (cheders). Etablissements spéciaux, amphithéâtres. Mobilier scolaire, bancs, tableaux et autres ustensiles et appareils pour l'instruction. Appareils gymnastiques. Règlements sanitaires des écoles. Imprimés, diagrammes, tableaux. — 21. Ateliers et établissements industriels, usines. Hygiène professionnelle, mesures contre les nocivités et contre les maladies, qui en résultent. Ventilation des usines, ateliers et fabriques. Aération et ventilation de ces établissements. Masques et preservatifs pour les ouvriers. Respirateurs. Vêtements spéciaux. Contrepoisons. Règlements sanitaires des fabriques. — 22. Hopitaux. Plans et dessins, modèles des différents types hospitaliers. Hospices et établisse-

ments de charité. Aménagement intérieur, mobilier et ustensiles divers. Rations hospitalières. Brancards, voitures, wagons servant au transport des malades. Sauvetage et premiers secours. Pharmacies rurales. Stations thermales et climatiques. Sanatoria. Vaccination. — Dessins, tableaux, littérature.

5e *Groupe : Statistique et météorologie.* — 23. Statistique du mouvement de la population. Naissances, mortinatalité, mortalité, maladies régnantes. — 24. Moyens d'exécuter les observations météorologiques. Conditions climatologiques des différentes localités. Analyses de l'air.

Règlements de l'Exposition. — 1. L'exposition d'hygiène à Varsovie ouvrira le 15 mai et sera close le 1er juillet 1887. — 2. Elle aura lieu sur la place dite : Ouyasdow, gracieusement concédée par les autorités. Le bureau provisoire est installé à l'Hôtel de Ville de Varsovie, service du génie urbain. — 3. Les prix à accorder aux exposants consisteront en diplômes d'honneur et mentions honorables, qui seront distribués en séance générale de la Direction de l'exposition sur la proposition des comités des différents groupes. — Les produits étrangers ne seront admis que hors concours. — 4. Les personnes qui désireraient exposer devront en faire la déclaration d'après le modèle ci-après, et déposer une somme de un rouble par aune (56 centimètres) carrée pour toute la durée de l'Exposition. L'exposant qui retire ses envois ayant la clôture de l'Exposition, perd ses droits à l'emplacement précédemment occupé. — *Nota :* La direction de l'Exposition se réserve de refuser tout envoi qui lui paraitra impropre à être exposé. Dans ce cas, la somme déposée sera immédiatement restituée. Par contre, le retrait de la déclaration par l'exposant, implique la perte de la somme versée. — 6. Les frais de transport, d'emménagement et de placement ainsi que la reprise des envois, sont à la charge de l'exposant. Ils surveilleront eux-mêmes leurs envois à l'intérieur de l'exposition. La direction n'accepte aucune responsabilité de ce chef. — *Nota :* Les exposants, dont les envois nécessitent une analyse chimique devront présenter les bulletins de cette analyse, dûment légalisés ou en faire exécuter l'analyse par les chimistes de l'exposition, d'après un tarif qui sera ultérieurement affiché. — 7. Dans l'intérêt de la symétrie et d'un bon éclairage, la direction de l'exposition se réserve l'installation définitive des groupes. — 8. Les objets de consommation débités à l'exposition même sont soumis au contrôle sanitaire de la direction. — 9. La direction se réserve le droit d'admettre ou de refuser les envois des exposants et la publication du catalogue officiel. Il est interdit de faire des copies, plans, dessins, etc., sans autorisation préalable. Il est bien entendu que les exposants sont maitres de faire faire telle réclame qu'ils jugeront convenable et d'après les principes généralement reçus. — 10. Tout dégât de l'emplacement ou des constructions, causé par les exposants, sera immédiatement réparé à leurs frais. — 11. Tout renseignement et toute information nécessaires peuvent être demandés au Bureau de l'exposition (Hôtel-de-Ville). — 12. Les déclarations et les offres des exposants y sont reçues à partir de la publication du présent règlement. Le dernier délai d'admission sera publié ultérieurement. — 13. La revue d'hygiène *Zdrowie* est et demeure organe officiel de l'exposition.

Modèle de déclaration. — Je prie de m'accorder une surface de aunes carrées sur le mur (sur le terrain), plan no en déclarant me soumettre à tous les règlements de l'exposition. Je joins à la présente la somme de et la description sommaire de l'envoi. Date. Noms, prénoms, adresse de l'exposant. Signature autographe.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le Dr FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Lager, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à 5 heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales. Un nouveau cours a commencé le lundi 28 mars. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, au Dr Fournel, 20, rue de la Michodière, lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 heures et demie, ou au concierge du cours.

FORMULES

IX. Traitement de l'orgelet (Dr ABADIE).

Imbiber de la ouate avec la solution suivante :

Eau	100 grammes.
Acide borique.	3 grammes.

et la placer sur le petit abcès de la paupière. La recouvrir d'une rondelle de taffetas gommé et d'un peu d'ouate sèche. Si l'orgelet ne s'ouvre pas spontanément, l'inciser avec la pointe d'un bistouri et bien exprimer son contenu. Même pansement à l'acide borique après l'ouverture.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 mars 1887 au samedi 26 mars 1887, les naissances ont été au nombre de 1299, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 477 ; illégitimes, 195. Total, 672. — *Sexe féminin :* légitimes, 437 ; illégitimes, 190. Total, 627.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 mars 1887 au samedi 26 mars 1887, les décès ont été au nombre de 1356, savoir : 734 hommes et 622 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22, F. 22. T. 44. — Variole : M. 2, F. 3, T. 5. — Rougeole : M. 37, F 25. T. 62. — Scarlatine : M. 0, F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 6, F. 7. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 15, T. 31. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 133, F. 83. T. 216. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 13. T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T, 7. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 25. T. 41. — Méningite simple : M. 18, F. 22. T. 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 40, F. 18. T. 58. — Paralysie : M. 6, F. 6. T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 9, F. 3. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 42, F. 41. T. 83. — Bronchite aiguë : M. 24, F. 33. T. 57. — Bronchite chronique : M. 42, F. 32. T. 74. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 29. T. 48. — Pneumonie M. 52, F. 52. T. 104. — Gastro-entérite, biberon : M. 18, F. 16. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 15, F. 5. T. 20. — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 6. T. 10. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 9. T. 9. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17, F. 10, T. 27. — Sénilité : M. 11, F. 30. T. 41. — Suicide : M. 15, F. 2. T. 17. — Autres morts violentes : M. 4, F. 4. T. 8. — Autres causes de mort : M. 132. F. 95. T. 227. — Causes restées inconnues : M. 12. F. 5. T. 17.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 110 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 17. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 37 ; illégitimes, 22. Total : 59.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (Année scolaire 1886-87). — *Démonstrations pratiques de physiologie.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 19 avril 1887, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis et jeudis à 1 heure et demie de l'après-midi. Les élèves de 2e et de 3 années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont 16 inscriptions ; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part. — Conditions d'admission : 1o Les élèves de 2e et 3e années (doctorat et officiat) sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires, correspondant à l'inscription de janvier 1887. 2o Les élèves justifiant de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande avant le 2 avril, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire, sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 fr.). 3o Les élèves indiqués dans les paragraphes 1o et 2o devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin) jusqu'au 2 avril inclusivement, de midi à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. le Pr BAILLON commencera le cours d'histoire naturelle médicale, le lundi 28 mars 1887, à 11 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. GOT (A.-P.), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Tourneau, décédé. — M. BLAREZ, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. TERQUEM, chargé du cours de physique à ladite Faculté. — M. DOUMER, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. HERGOTT, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétri-

cale et accouchements. — M. SPILLMANN, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique médicale.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. BERSON, docteur ès sciences, professeur au lycée Charlemagne, est chargé, du 16 mars au 31 octobre 1887, d'un cours de physique à ladite Faculté.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — M. le Dr QUESNEVILLE, agrégé est chargé d'un cours de minéralogie.

ECOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — M. COSTANTIN (J.-N.), agrégé des sciences naturelles, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé des fonctions de maître de conférences à l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. G. Bonnier, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. DUMÉNIL, professeur de clinique externe, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Leudet, décédé. — M. OLLIVIER, professeur d'hygiène et thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Leudet, décédé. — M. PETEL, suppléant des chaires de pathologie et clinique internes, est nommé professeur d'hygiéne et thérapeutique, en remplacement de M. Ollivier, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. CHARPY, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé prefesseur d'anatomie descriptive, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.—*Faculté de médecine de Naples.* — Le ministre de l'Instruction publique d'Italie vient de doter l'université de Naples d'une *chaire de clinique thérapeutique*, dont le professeur titulaire est M. le Dr SEMMOLA. Il existe déjà en Italie trois universités qui ont une chaire de clinique thérapeutique. Voilà nn exemple qu'il faudrait suivre.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Programme des cours de la saison d'été* (Année 1887). — 1° *Cours de médecine opératoire :* MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 25 avril 1887, à quatre heures. — *Conférences d'histologie :* Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand SIREDEY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — *Nota* : Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. — Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre, à partir du 20 avril.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. *Legs Meynot.* — M. le Dr MEYNOT a fait à l'Académie de médecine un don de 70,000 francs pour fonder deux prix, un pour les maladies des oreilles, un autre pour les maladies des yeux.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — MM. les chirurgiens des hôpitaux de Paris sont convoqués aux bureaux de l'Assistance publique, pour le samedi 2 avril, à l'effet de nommer un membre du conseil de surveillance, en remplacement de M. Nicaise que son état de santé a forcé à donner sa démission.

EPIDÉMIES.— Une épidémie de rougeole est signalée dans une caserne de Bordeaux et une de Périgueux. On signale quelque cas de choléra à Buda-Pesth.

EXCURSION GÉOLOGIQUE.— M. MUNIER-CHALMAS, directeur du laboratoire de géologie à la Faculté des sciences de Paris, fera, pendant les vacances de Pâques, du dimanche 3 avril au vendredi 8, une *excursion géologique* dans la Normandie (Rouen, le Havre, etc.)

EXCURSION BOTANIQUE. — M. G. BONNIER, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, fera une *excursion botanique* le dimanche 3 avril à Montigny et au Long-Rocher. Départ par la gare de Lyon, à 7 heures ; retour à Paris à 4 heures 30.

MANIFESTATION DES ÉTUDIANTS. — Dans plusieurs brasseries, cafés et autres lieux du quartier des Ecoles, on a affiché des placards convoquant les étudiants à protester contre la décision ministérielle sur le payement des inscriptions. On sait que les inscriptions étaient gratuites jusqu'au décret en question.

MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.— M. le professeur VERGELY est nommé médecin des épidémies, à Bordeaux.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le professeur DES CLOIZEAUX commencera le cours de minéralogie, le vendredi 1er avril 1887, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des combustibles et dans celle des métaux. Des conférences auront lieu le jeudi dans la galerie ou dans l'amphithéâtre. Une affiche spéciale indiquera l'heure et la date auxquelles elles auront lieu.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros d'un nouveau journal de médecine autrichien, intitulé : *Internationale Klinische Rundschau.* Nous souhaitons bon succès à notre nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — MM. les Drs FÉLIX BARBRAU (de Commentry), SIMON PIGNE (d'Autun), A. FOURNIER (de Brest), MOYENCOURT (de Flixécourt), NEYRET (de Lyon) et OLLIVIER (de Huelgoat.)

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL TENON. — *Médecine.* — Service de M. DANLOS. Consultation le jeudi. — Salle Axenfeld (H.) : 1, érysipèle; 2, albuminurie; 3, fièvre typhoïde; 4, pleurésie droite, tumeur splénique; 5, paraplégie; 6, bronchite, emphysème, cœur forcé; 7, pneumonie double ; 8, pleurésie purulente ; 9, fièvre typhoïde ; 10, fièvre typhoïde ; 11, furoncles; 12. pleurésie sèche ; 13, insuffisance aortique; angine de poitrine ; 14, ataxie ; 15, cancer de l'estomac ; 16, fièvre typhoïde; 17, rétrécissement aortique; 18, amygdalite; 19, bronchite emphysème, pleurésie double; 20, péritonite tuberculeuse ; 21, rhumatisme articulaire aigu ; 22, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique, athérôme ; 23, dilatation de l'estomac; 24, tuberculose pulmonaire et osseuse; 25. tuberculose pulmonaire; 26, 27, 28, tuberculose pulmonaire; 29, plaie du pied; 30, paralysie saturnine. — Salle Colin (F.) : 1, tuberculose; 2, métrite; 3, tuberculose; 4, fièvre typhoïde; 5, chloro-anémie; 6, pelvi-péritonite ; 7, tuberculose pulmonaire et osseuse ; 8, cirrhose atrophique; 9, diabète ; 10, pelvi-péritonite ; 11, paralysie agitante ; 12, chloro-anémie ; 13, tuberculose; 14, hémiplégie; 15, atrophie musculaire; 16, tuberculose; 17, néoplasme abdominal; 18, péritonite enkystée; 19, fièvre typhoïde ; 20, péritonite tuberculeuse ; 21, 22, 23, 24, 25, 26, tuberculoses; 27, syphilis; 28, chloro-anémie, hystérie ; 29, métrite ; 30, tuberculose.

Service de M. LANDOUZY. — Consultation le mardi. — Salle Lelong (H.) : 1, myopathie progressive primitive; 2, zona cervical ; 3, pneumopathie tuberculeuse de la base droite ; 4, myopathie progressive primitive; 5, tuberculose pulmonaire chez un paludéen ; 6, myocardite, asystolie ; 7, pleurésie, tuberculose pulmonaire ; 8, pleurésie, tuberculose pulmonaire ; 9, alcoolisme; 10, cancer de l'estomac ; 11, myopathie progressive primitive ; 12, goutte ; 13, fièvre typhoïde; 14, ulcère de l'estomac ; 15, cancer de l'estomac; 16, phthisie pulmonaire ; 17, cirrhose atrophique du foie; 18, ecthyma de la jambe, eczéma de la face ; 19, amygdalite; 20, hémiplégie alterne ; 21, diabète ; 22, cirrhose atrophique du foie ; 23, ramollissement cérébral; 24, syphilis ; 25, tuberculose pulmonaire; 26, tuberculose ; 27, stomatite ulcéreuse ; 28, gale ; 29, névrite périphérique ; 30, paralysie faciale ; 31, rhumatisme déformant chez un enfant ; 32, saturnisme. — Salle Bouillaud (F.) : 1, cancer de l'utérus chez une jeune femme ; 2, sciatique névrite avec atrophie chez une tuberculeuse; 3, fièvre typhoïde ; 4, paraplégie ; 5, fièvre typhoïde; 6, colique hépatique ; 7, bronchite, emphysème, cœur forcé ; 8, tuberculose pulmonaire; 9, tuberculose pulmonaire; 10, mal de Bright ; 11, tuberculose pulmonaire ; 12, tabes; 13, tabes; 14, sclérose en plaques ; 15, fièvre typhoïde; 16, fièvre herpétique ; 17, chlorose; 18, fièvre typhoïde; 19, syphilis ; 21, tuberculose pulmonaire; 22, mal de Bright ; 23, phthisie pulmonaire; 24, suite de couches ; 25, maladie des tics chez une hystérique. — Salle Valleix (crèche) : 1, insuffisance mitrale de la mère; 1 *bis*, tuberculose pulmonaire de l'enfant; 2, fièvre typhoïde de la mère ; 3, bronchite de l'enfant; 4, phlegmatia alba dolens, suite de couches ; 5, fièvre typhoïde de la mère; 6, tuberculose pulmonaire de la mère, bronchite de l'enfant; 6 *bis*, tuberculose pulmonaire de la mère ; 7, broncho-pneumonie de l'enfant; 8, rachitisme de la mère; 9, fièvre typhoïde de la mère ; 10, aphasie, arthropathie du poignet de la mère; 11, 12, 13, suite de couches; 14, rhumatisme articulaire chronique de la mère ; 15, tuberculose pulmonaire de l'enfant ; 16, péritonite puerpérale, 17, fièvre typhoïde de la mère ; 18, pneumonie de la mère, broncho-pneumonie de l'enfant ; 19, fièvre typhoïde de la mère ; 20, bronchite de l'enfant; 21, coqueluche, vaste brûlure de l'enfant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

CORNILLIAC (J.-J.). — Recherches chronologiques et historiques sur l'origine et la propagation de la fièvre jaune dans les Antilles et sur la côte occidentale d'Afrique. Volume in-8 de 476 pages. — Prix : 8 fr.

HALLOPEAU. — Traité élémentaire de pathologie générale, com-

VOIR A LA PAGE SUIVANTE
Le Bulletin bibliographique.

prenant la pathogénie et la physiologie pathologique. Volume in-8 de 836 pages. — Prix : 12 fr.

SCHACK (S.). — La physionomie chez l'homme et chez les animaux dans ses rapports avec l'expression des émotions et des sentiments. Un volume in-8 de 445 pages avec 154 figures. — Prix : 7 fr.

CAUDRON (V.). — Le développement de la rétine. Extrait de la *Revue générale d'ophtalmologie*. Brochure in-8 de 120 pages.

Le Rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 15. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 AVRIL 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. U. TRÉLAT.**

Fistule à l'anus. — Traitement des abcès de la marge de l'anus;

Leçon recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL** et revue par le Professeur (1).

Messieurs,

Je veux vous entretenir ce matin d'un malade atteint d'une fistule à l'anus ancienne et assez complexe, que je dois opérer très prochainement. Je comptais même faire cette opération à l'issue de la leçon; mais deux cas graves, arrivés presque simultanément dans le service, et sur lesquels j'aurai à revenir bientôt avec tous les détails qu'ils comportent, m'ont retardé de telle sorte, que je dois renoncer à l'entreprendre aujourd'hui. Elle n'a d'ailleurs rien d'immédiatement pressant, et peut sans nul inconvénient être quelque peu différée.

Le malade dont il s'agit est un homme de 49 ans, exerçant la profession de marchand de vin. Il a le teint un peu blafard, les lèvres légèrement violacées, et présente un certain degré d'amaigrissement; bref, son aspect général n'est pas satisfaisant. Il a eu, à l'âge de 15 ans, une fluxion de poitrine, et, en même temps ou immédiatement après, une arthrite suppurée du genou gauche, qui s'est terminée par ankylose en flexion légère. Depuis l'âge de 40 ans, il a été entraîné par sa profession à faire de fréquents excès alcooliques. Il a des varices des membres inférieurs à peu près depuis la même époque. Il n'est pas syphilitique. Son père et sa mère vivent encore et sont bien portants; il a quatre frères vivants et en bonne santé; il en a perdu un cinquième, à l'âge de 27 ans, probablement par suite de fièvre typhoïde. En somme, aucun antécédent héréditaire.

Voici maintenant ce qu'il nous raconte relativement à la série d'accidents qu'il a éprouvés du côté de l'anus. Il eut, en 1878, un abcès de l'anus qui s'ouvrit seul, resta ouvert trois mois, et guérit ensuite spontanément. La guérison se maintint pendant quatre années. En septembre 1882, un nouvel abcès apparut au point même qu'avait occupé le premier, et s'ouvrit encore seul comme celui-ci. Ce second abcès se développa sans provoquer de grandes souffrances; il y eut seulement, vers la fin de son évolution, quelques symptômes fébriles et une rétention d'urine de courte durée. Le malade prétend que la collection purulente ainsi formée fournit, en s'évacuant, deux litres de pus; mais, malgré son insistance affirmative sur ce point, nous ne pouvons admettre que très dubitativement cette évaluation. Quoi qu'il en soit, cet abcès, à coup sûr volumineux, guérit aussi simplement que le précédent, c'est-à-dire spontanément, et même, s'il faut en croire jusqu'au bout les renseignements donnés par le patient, la guérison aurait été très rapide. Au commencement de 1885, un troisième abcès apparut au même point que les deux premiers, c'est-à-dire au côté gauche de l'anus, et laissa après son ouverture un trajet fistuleux qui fournit du pus par intermittences. Enfin, en mars 1886, à la suite d'un nouvel abcès, une seconde fistule se constitua au côté droit de l'anus.

Actuellement, nous constatons au voisinage de l'anus, bien en dehors des plis radiés, deux orifices, situés l'un à droite et l'autre à gauche, par lesquels s'écoule d'une façon constante une notable quantité de pus. Une sonde canulée introduite dans l'orifice de droite remonte à 7 centimètres dans la direction de l'anus, et va se perdre dans une masse indurée, occupant le pourtour du rectum, sans que l'index gauche, introduit dans l'orifice anal, arrive à en sentir l'extrémité. A gauche, la sonde cannelée, après avoir suivi un trajet fistuleux assez long, vient déboucher dans le rectum, au-dessus du sphincter, au niveau d'un petit tubercule saillant facilement perceptible par le toucher rectal. En dehors de ces deux trajets principaux, les deux orifices fistuleux sont l'aboutissant de plusieurs trajets diverticulaires qui irradient en divers sens. Il y a donc : à droite, une fistule qui semble n'être que borgne externe; à gauche, une fistule complète; et en outre, autour de chacune d'elles, des diverticules plus ou moins étendus. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont volumineux et indurés.

Il me reste peu de chose à ajouter pour compléter l'exposé des notions que nous a fournies l'examen du malade. Je vous ai signalé tout à l'heure son mauvais aspect et son état général peu satisfaisant. Depuis un an, il a sensiblement maigri et perdu de ses forces, et il a eu à plusieurs reprises des sueurs nocturnes. L'exploration de la poitrine ne révèle pas de lésions graves: un peu de diminution de la sonorité à la percussion en avant et à gauche, avec léger affaiblissement du murmure respiratoire; de même, sonorité un peu obscure en arrière, dans la fosse sous-épineuse, où l'oreille perçoit quelques craquements secs lorsque le malade fait de grandes inspirations; rien de particulier à droite, ni à la percussion, ni à l'auscultation.

En résumé, voilà un homme qui a eu dans son enfance des accidents de nature incontestablement tuberculeuse, et qui, depuis 1880, a présenté diverses manifestations suppuratives du côté de l'anus. Ajoutez à cela que, depuis l'âge de 40 ans, il fait des excès alcooliques, est devenu variqueux des membres inférieurs, et exercé une profession fatigante qui l'oblige à rester presque constamment debout. Au premier abord, en raison de ces antécédents, j'ai pensé à une fistule typique d'origine tuberculeuse. Aujourd'hui, après plus mûre réflexion, je suis moins affirmatif dans ce sens. S'il s'agit d'une fistule tuberculeuse, il faut convenir que chez cet homme la tuberculose s'est montrée singulièrement lente en sa marche et bénigne en ses lésions, pour avoir pu, dans une évolution qui a duré 10 ans, permettre à deux reprises une guérison spontanée franche, et pour n'avoir, depuis près de deux ans que le troisième et dernier abcès s'est ouvert et est resté fistuleux, produit que des dégâts relativement médiocres. Je reviens donc au diagnostic d'une fistule anale simple, non tuberculeuse, mais mal soignée.

Ces cas de récidives ne sont pas rares; ils tiennent,

(1) Leçon du 3 décembre 1886.

tantôt à ce que les malades n'ont subi que des opérations incomplètes, tantôt à ce qu'ils ont été mal soignés après une opération complète. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, qu'il se produise, même après une opération complète et des soins bien dirigés, des récidives locales plus ou moins tardives, analogues à celles sur lesquelles j'ai attiré votre attention dans d'autres leçons : la cicatrisation se fait, mais il reste, au voisinage des points primitivement malades, dans les bords de la cicatrice, des foyers d'inflammation torpide, tuberculeuse ou non, qui ultérieurement, au bout d'un temps plus ou moins long et sous l'influence de causes plus ou moins appréciables, se ravivent, se mettent à évoluer à leur tour, et deviennent le point de départ de nouvelles lésions.

Ces fistules complètes, de longue durée, récidivantes, donnent lieu parfois à de fâcheuses erreurs de diagnostic, lesquelles entraînent comme conséquences un pronostic erroné et une thérapeutique défectueuse. J'ai vu, il y a plusieurs années, un Péruvien, atteint d'une de ces vieilles fistules à orifices multiples et à bords calleux, qui avait été considéré par divers confrères de son pays comme ayant un cancer du rectum, et qui avait été envoyé à Paris presque en désespoir de cause. Il avait assurément l'anus dans le plus piteux état, et l'on pouvait bien en effet, au premier abord, penser à un épithélioma anal; mais, en l'examinant avec soin, je ne tardai pas à me convaincre qu'il s'agissait d'une simple fistule, dont la gravité actuelle dépendait uniquement de ce qu'elle avait été longtemps méconnue ou mal traitée. Je fis l'opération qui, pour être complète, nécessita des délabrements des plus étendus, et j'eus la satisfaction de guérir le malade, mais seulement après sept mois de traitement et de pansements minutieux. — Dans un mémoire récent, publié dans les Archives générales de médecine, Reclus cite le fait d'un pasteur dont l'histoire pathologique est le pendant de celle de mon Péruvien : phlegmon ischio-rectal ouvert par une simple incision, à la suite de laquelle la sécrétion du pus semble bientôt se tarir; formation d'une nouvelle collection qui s'évacue par un nouvel orifice; affaiblissement du malade porté à un degré tel, qu'on le croit phtisique; Reclus le voit alors; les décollements sont si étendus qu'ils nécessitent une double rectotomie latérale et postérieure; la réparation complète se fait attendre un an ; mais la guérison est merveilleuse, et le rétablissement des fonctions du sphincter parfait, malgré la double section qu'a subie cet anneau musculaire.

Reclus traite à nouveau, dans le travail que je viens de vous signaler, la question de l'ouverture des abcès de la marge de l'anus, pour en arriver à conclure que « tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe dont, après ouverture spontanée ou simple ponction, il est devenu le parfait équivalent. » Je croyais cette question vidée maintenant, et ce n'est pas sans quelque surprise que j'ai vu Reclus la reprendre. Nos classiques, à la vérité, ne donnent pas, en général, des préceptes très catégoriques relativement au mode d'ouverture de ces abcès, et quelques chirurgiens tiennent encore pour les petites incisions à la manière de Foubert contre l'intervention hardie et radicale par les grandes incisions à la manière de Faget; mais cette dernière méthode me semble à l'heure actuelle résolûment adoptée par le plus grand nombre, et je me félicite d'être, de longue date, un de ceux qui l'ont le plus énergiquement préconisée. Reclus, d'ailleurs, m'a cité parmi ceux-là, et il a bien fait. Il dit qu'il y a huit ans qu'il professe ces opinions; or, il y en a dix que j'ai eu l'occasion de les mettre en pratique dans deux cas qui ont eu à mes yeux une importance capitale.

Le premier se rapporte à un Portugais qui, en 1876, m'avait amené son fils à opérer d'une palatoplastie, et que j'eus à soigner lui-même pour un vaste abcès de la marge de l'anus survenu sous l'influence de grandes fatigues : il avait été obligé de voyager presque sans interruption pendant les quinze jours qui avaient précédé son arrivée à Paris. Vous retrouverez, du reste, fréquemment, comme cause de ces phlegmons péri-rectaux, la fatigue locale et le surmenage général provoqués par de longs voyages. J'ouvris son abcès par une incision pénétrant dans le rectum de toute la hauteur du foyer, et quinze jours après, la guérison pouvait être considérée comme complète. — Le second cas est relatif à un homme déjà âgé, qui fit réclamer mes soins pour un abcès considérable de la région anale; dans ce cas encore, c'était au retour d'un grand voyage que le mal s'était développé. J'étais alors momentanément absent de Paris. On s'adresse à mon éminent collègue, le Professeur Gosselin, qui voit le malade à ma place et lui pratique deux larges incisions sur les côtés de l'anus. Un soulagement immédiat et très accentué suit cette intervention; le patient est dans le ravissement et se croit déjà guéri. Sur ces entrefaites, je reviens, M. Gosselin me remet mon malade, et nous le revoyons ensemble. J'émets l'opinion que les incisions seront insuffisantes pour amener la guérison, qu'il restera sûrement des fistules, et qu'il faudrait dès à présent fendre le rectum dans toute l'étendue des décollements, autrement dit, faire l'opération de la fistule à l'anus. M. Gosselin soutient un avis contraire, et repousse ma proposition d'intervenir à nouveau. La suite des choses sembla d'abord lui donner raison ; tout, en effet, marcha à souhait; la suppuration se tarit peu à peu, et les plaies se cicatrisèrent même complètement, si bien que, deux mois après l'intervention, le malade, rendu depuis quelques jours à son train de vie habituel, venait chez moi me faire constater sa guérison, qu'il croyait et qui semblait parfaite et définitive. Mais ce n'était là qu'une apparence, et l'illusion ne fut pas de longue durée. Quatre jours après cette visite, j'étais mandé de nouveau auprès de lui : l'inflammation avait repris, les deux foyers s'étaient reconstitués sous les cicatrices récentes, qu'un coup de sonde cannelée suffit à rompre, et l'existence de deux fistules était maintenant incontestable. Il fallut en arriver alors à accepter l'action chirurgicale que j'avais proposée en premier lieu. Ce fut une grosse opération, qui comporta la section de deux trajets principaux et de plusieurs diverticules. La guérison demanda un temps assez long, mais le succès fut complet. Depuis lors, le malade ne s'est plus ressenti de rien, et il a aujourd'hui 82 ans, qu'il porte assez allègrement.

J'ai donc observé et traité, en 1876, deux cas qui se sont imposés à mon esprit, et qui m'ont mis en garde contre les dangers des interventions parcimonieuses dans le traitement des abcès de la marge de l'anus. Le second fait surtout était démonstratif à ce point de vue : le traitement parcimonieux par simples incisions avait été mené par un maître, et néanmoins il avait abouti à une récidive et à la nécessité d'une nouvelle opération. Aussi, depuis cette époque, soit dans mon cours à l'Ecole, soit à la Société de Chirurgie, soit dans mes leçons cliniques, ai-je toujours préconisé l'incision

large des abcès de la marge de l'anus, l'incision remontant sur la paroi rectale décollée dans toute l'étendue de ce décollement. Et dans une leçon que j'ai faite à Necker, en Janvier 1884, et qui a été publiée dans le *Progrès médical* du 26 Décembre 1885 par mon chef de clinique, le Dr Petit-Vendol, vous pouvez lire ceci :

« 1re *règle.* — *Chaque fois que vous êtes en présence d'un abcès de la marge de l'anus que vous venez d'ouvrir, ou qui vient de s'ouvrir, il faut explorer avec le stylet, voir jusqu'où remonte le décollement, et diviser la paroi rectale dans toute la hauteur de ce décollement.* » Or, ce précepte a été défendu par Faget contre Foubert, il y a 140 ans déjà. Allingham a adopté une pratique semblable : il conseille de prendre l'abcès entre l'index placé dans l'anus et le pouce resté à l'extérieur, ou inversement, et, après l'avoir ainsi fait saillir, de l'embrocher dans toute sa hauteur d'un coup de bistouri. Chassaignac a énergiquement préconisé la méthode de Faget, Verneuil l'a adoptée et la défend également ; bien d'autres encore, et je réclame, moi aussi, l'honneur d'être compté parmi ceux qui s'en sont constitués les parrains. Reclus eût donc bien fait de prendre mon document imprimé et de le mentionner, au lieu de me nommer simplement, et je regrette que M. De Barrau de Muratel, dans la thèse qu'il a faite sur ce sujet sous l'inspiration de Reclus, ait omis complètement de citer ma leçon. Dans cette même clinique que je viens de vous rappeler, je formulais cette *seconde règle* : « *Quand on est en face d'une fistule à l'anus, il faut commencer par faire une reconnaissance très exacte de sa disposition, de sa profondeur, de ses diverticules, puis ouvrir tous les trajets, mettre à jour tous les clapiers, et modifier toutes les surfaces rebelles à la cicatrisation naturelle.* » Tels sont les deux préceptes que j'ai défendus ; ils sont, je pense, assez nettement formulés, et c'est pour vous le prouver que j'ai tenu à vous en apporter le texte exact.

Un fait récent, que je vais vous exposer en résumé, me prouve d'ailleurs qu'il est utile d'insister sur ce point de thérapeutique, que méconnaissent encore, sinon les chirurgiens, du moins bon nombre de médecins. Un de mes amis, pendant les vacances dernières, m'écrit qu'il vient d'avoir un abcès de la marge de l'anus, que cet abcès a été ouvert par le médecin de la localité où il est en villégiature, qu'il s'en est suivi un grand soulagement, mais que la cicatrisation tarde, et que le médecin craint l'établissement d'une fistule. Je lui réponds aussitôt de se faire opérer sans retard. Je reçois, quelques jours plus tard, une seconde lettre m'annonçant qu'il y a du mieux, que les douleurs ont cessé, que la suppuration s'est ralentie et semble sur le point de se tarir. Je lui réécris pour l'avertir que ce n'est là qu'un calme trompeur, et je lui réitère mon conseil de se faire opérer promptement. Bientôt, une autre lettre m'arrive, désolée cette fois, m'apprenant qu'on n'a pas suivi mon conseil, qu'on a cru pouvoir différer l'opération, et qu'actuellement les douleurs et la suppuration ont recommencé comme devant. Nouvelle insistance de ma part, nouvelles tergiversations du malade, qui allègue, comme motifs de reculer l'opération, d'abord une accalmie dans les accidents causés par sa fistule, ensuite l'attrait d'une partie de vendanges à laquelle il lui faudrait renoncer ; bref, à force d'hésitations, de mauvaises raisons et d'ajournements, dont une part revient sans doute au défaut de conviction ou à la timidité fâcheuse du médecin traitant, mon malheureux ami traînait encore sa fistule il y a une quinzaine, et, depuis lors, je n'en ai plus entendu parler. A-t-il fini par se décider, et est-il opéré maintenant ? Je l'espère pour lui, mais je n'en voudrais pas jurer (1).

Faut-il, toujours et quand même, opérer d'emblée les abcès de la marge de l'anus par la méthode de Faget, et confondre en un seul acte opératoire l'ouverture de l'abcès et l'incision des parties décollées sous lesquelles va se former une fistule ? Non, et dans certaines circonstances, il peut y avoir un réel avantage à diviser l'opération en deux temps, mais en deux temps séparés par un court intervalle. En voici un exemple : Un malade me fit appeler, il y a quelques années, pour le soigner d'un phlegmon péri-rectal qui lui était survenu à la suite d'un très long voyage : il avait fait, pour ainsi dire sans arrêt, le trajet de Saint-Pétersbourg à Paris en chemin de fer, aller et retour. Je ne crois pas avoir jamais vu un phlegmon péri-rectal plus effrayant que celui-là, et l'état général était à l'avenant, c'est-à-dire des plus graves, si grave, que je crus devoir, par prudence, me borner à l'incision de l'abcès. Mais trois jours plus tard, quand le malade se fut un peu remonté sous l'influence du soulagement qui suivit cette ouverture, je fis de chaque côté de l'anus deux larges incisions, et peu de jours après, quand le foyer se fut un peu détergé, je complétai avec l'anse galvanique la section des décollements très élevés dont je n'avais pu encore atteindre les limites dans mon second acte opératoire. Ainsi donc, les deux temps du traitement des abcès de la marge de l'anus par la méthode de Faget peuvent être dissociés dans certains cas, soit parce que l'état général du malade ne permet pas de lui faire subir d'emblée une grave opération et oblige le chirurgien à limiter son action au strict nécessaire pour le moment, soit parce que, en raison de l'étendue des désordres et de l'état des parties malades, on risquerait d'aller à l'aveugle et de mal opérer en voulant tout faire en une seule séance. Mais, il est bien entendu que je n'admets ces opérations en plusieurs temps séparés, qu'à la condition que ces divers temps opératoires se suivront à des intervalles rapprochés, dont la durée variera selon l'état général du malade et selon le degré des lésions locales.

Maintenant, Messieurs, pourquoi ces dissentiments entre les praticiens relativement à la conduite à tenir dans le traitement des abcès de la marge de l'anus ? Et pourquoi la plupart des chirurgiens sont-ils partisans des opérations complètes et précoces, tandis qu'un très grand nombre de médecins en sont encore à se fier aux opérations parcimonieuses, aux petites incisions de Foubert ? C'est que, nous autres chirurgiens, nous voyons plus de fistules que d'abcès, et que nous sommes mieux fixés sur la conduite à tenir pour les prévenir et les traiter ; au contraire, ce sont surtout les médecins qui sont appelés à voir les abcès, et, s'ils ne sont pas suffisamment expérimentés, ils se laissent tromper par le soulagement toujours considérable qui succède à leur évacuation, soit par ouverture spontanée, soit par incision timide. Telles sont, ce me semble, les raisons par lesquelles nous pouvons nous expliquer ces divergences

(1) J'ai revu ce malade vers la fin de Décembre. Sur mes pressantes instances, il s'est rendu en province dans sa famille pour se faire opérer ; mais, dans cette région de la France, le jour est aigri, le ciel triste, la température basse. Notre malade a été pris de la nostalgie de la Provence, qu'il habite toujours l'hiver. Il a encore brûlé la politesse à l'opération, et a gagné les bords de la Méditerranée. Je ne sais si les récents tremblements de terre l'en ont chassé, mais je m'attends à le voir un de ces jours, toujours porteur de sa fistule, comme le Juif-Errant de ses cinq sous.

sur une question de pratique qui me paraît absolument jugée au point de vue chirurgical. Il y a encore une autre considération qui sans doute a entravé pour sa bonne part la vulgarisation de la méthode de Faget : c'est qu'il y a trente ans, les incisions de l'anus, même petites, étaient souvent suivies d'accidents graves ; mais aujourd'hui, grâce aux pansements antiseptiques, ces craintes ne sont plus fondées, et nous ne connaissons plus guère que de souvenir les complications terribles qui faisaient tant redouter à nos devanciers les opérations sur l'anus.

En somme, relativement au traitement des abcès de la marge de l'anus, je suis de l'avis de Reclus, mais avant lui, et je reste du même avis avec lui et après lui, comme le prouvent les deux préceptes que j'ai formulés dans ma leçon de Necker, et que je vous ai cités textuellement tout à l'heure. Sauf les petits abcès tubéreux, que provoquent les fatigues de la chasse ou de l'équitation, et qui guérissent très bien par simple ouverture, spontanée ou chirurgicale, tous les autres abcès de la marge de l'anus doivent être traités par la méthode de Faget, c'est-à-dire par une large incision qui réalise en un seul temps, et l'ouverture de l'abcès, et, l'opération de la fistule consécutive à cet abcès.

* * *

Le malade a été opéré quelques jours après cette leçon, conformément à ces principes. La fistule complète a nécessité une incision de 4 centimètres, mais j'ai dû détruire par la cautérisation deux clapiers qui se dirigeaient l'un en avant et l'autre en arrière de l'anus, ce dernier sur une étendue de 5 centimètres environ. En outre, j'ai ouvert par une longue incision, suivie de cautérisation, la fistule borgne externe qui était située du côté droit. La guérison a été un peu longue en raison de ces vastes délabrements ; néanmoins, au bout de deux mois, le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

PATHOLOGIE EXTERNE

Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse ;

Par les Drs BARATOUX et DUBOUSQUET-LABORDERIE.

Nous diviserons ce travail en trois parties : 1° Quelles sont les raisons de nos recherches et expériences? 2° Exposé des premiers essais et résultats pratiques de nos tentatives. 3° Quelles sont les conditions de succès qui nous paraissent nécessaires et quels sont les procédés opératoires employés par nous pour les transplantations de peau de grenouille sur les dénudations cutanées et muqueuses.

1° *Raisons de nos recherches et expériences.* — Nous n'avons pas l'intention de retracer ici les brillantes étapes de la greffe épidermique et dermo-épidermique humaine après les travaux de J. L. Reverdin, de notre maître, M. le professeur Guyon (mémoire à la Société de Chirurgie, décembre 1869), Gosselin, A. Guérin, Duplay, Herrgott, Le Fort, Ollier, Dubreuil, Broca, Aug. Reverdin, Polloch, de Londres, Czerny, de Vienne, Scoroff, de Russie, Howard en Amérique, Léc, Holmes et les expériences de P. Bert et d'Arnold, en Allemagne. Mais on ne croyait pas au succès de transplantation de tissus entre animaux d'espèces éloignées, bien que M. Brown-Séquard ait rapporté des exemples de ce genre (art. Greffe du *Dictionnaire de Jaccoud*, par M. Duval). Le Dr Dubousquet avait assisté souvent à la lenteur désespérante de réparation des brûlures étendues et de plaies diverses, avec dénudation cutanée et parfois à leur cicatrisation vicieuse, outre la longue incapacité de travail frappant de pauvres ouvriers qui ont une famille à faire vivre. Or quelquefois il est fort difficile d'avoir assez de peau humaine quand il s'agit de brûlures ou plaies étendues et bien que la dissection soit des plus douloureuses, les blessés hésistent à se laisser chloroformer pour cette petite opération. Il s'était promis, le cas échéant, de faire des essais avec de la peau de grenouille, en raison de sa grande vascularité, de la facilité de s'en procurer et aussi de l'absence de glandes sudoripares et de follicules pileux auxquels on a attribué justement les insuccès dans les applications qu'on a tenté de faire, lorsqu'il lut dans la *Tribune médicale* (1886) une observation du Dr Cl. Petersen qui avait réussi un cas de greffe de ce genre, après Allen du reste, qui avait déjà signalé le fait. Petersen avait pu réparer rapidement une plaie bourgeonnante de la nuque, à la suite d'un anthrax, plaie qui mesurait 9 centimètres de long sur 6 de large. Quoique n'ayant qu'une médiocre confiance dans ces tentatives de chirurgie réparatrice, le Dr Dubousquet put en faire une application quelques jours après.

2° *Exposé des premiers essais et résultats pratiques de nos tentatives.* — Le 12 mai 1886, le Dr Dubousquet était appelé auprès du nommé Br.., âgé de 20 ans, demeurant, 9, passage Elisabeth, à Saint-Ouen, fondeur à l'usine Farcot, qui venait de se brûler le pied avec de la fonte en fusion ayant coulé, circonstance aggravante, entre son soulier et le pied. Il présente à la partie externe et interne du pied, deux grandes brûlures, participant à la fois du 3e et du 4e degrés. La douleur excessivement vive au moment de l'accident est presque nulle au moment de la visite et en certains points, on peut exercer une pression forte sans déterminer de douleur, ce qui prouve bien que le corps muqueux est détruit. Jusqu'au 20 juin, les plaies restent sans aucune tendance vers la cicatrisation, elles sont couvertes de bourgeons charnus, mais elles ne font aucun progrès et mesurent, l'une celle du côté externe qui s'étend de la naissance des orteils sur le dos du pied 9 *centimètres de long sur 4 de large* et celle du côté interne qui s'étend de la naissance du gros orteil jusque sur la plante du pied 11 *centimètres 1/2 de long sur 6 de large*. Pour avoir un terme de comparaison, le jour même, le Dr Dubousquet pose 4 greffes sur le dos du pied, greffes prises sur le jeune homme et sur la plaie de la plante du pied, il met 4 lambeaux larges comme l'ongle du pouce pris sur le dos d'une grenouille. Le 21 juin, 24 heures après, le pansement est enlevé et, malgré bien des précautions, une greffe humaine et un des lambeaux de peau de grenouille restent dans le pansement. Les autres greffes sont adhérentes, bien qu'on puisse les mobiliser en les touchant avec la pointe d'une épingle. Pendant plusieurs jours, les greffes de peau de grenouille ont conservé leur couleur, mais à partir du 30 juin, elles ont perdu leur pigmentation et leur coloration est absolument la même que celle des greffes humaines. Le 10 juillet, la grande plaie de la plante du pied est réduite d'un peu plus d'un quart, tandis que l'autre a sensiblement moins progressé. Dès cette époque, la cicatrisation fut si rapide qu'on pouvait en suivre les progrès chaque jour et le 20 juillet, la grande plaie était entièrement cou-

verte. Sur la plaie du dos du pied, il reste encore un centimètre 1/2 dénudé. La cicatrice obtenue avec des lambeaux de peau de grenouille est molle, élastique, indolore, la cicatrice obtenue avec les greffes humaines est un peu plus tendue, plus dure, légèrement douloureuse en quelques points. Peu de jours après, le jeune homme reprenait son travail sans éprouver la moindre gêne. Le 15 septembre, le jeune homme fut conduit au laboratoire de la clinique médicale de la Charité, où M. le Dr Gaucher, médecin des hôpitaux et directeur du laboratoire, voulut bien l'examiner au point de vue du fonctionnement de la peau. Le papier à photographie ne donne aucune trace de sueur sur les cicatrices où il n'y a pas non plus trace de follicules pileux. La peau à leur niveau n'avait donc pas repris ses fonctions intégrades 97 jours après l'accident.

Encouragé par ce cas, le Dr Dubousquet, continuant ses expériences, a pu réparer rapidement des brûlures et une plaie et enregistrer trois succès sur huit tentatives. Les trois succès se décomposent ainsi : deux brûlures étendues et une plaie consistant en une dénudation à peu près complète du dos de la main produite par une meule mécanique. Les insuccès sont dus à la suppuration, à la résorption des lambeaux, à leur enlèvement et à des conditions probables de terrains qu'il est fort difficile de préciser. Sur les conseils de M. le professeur Panas, qu'il ne saurait trop remercier de son amabilité, il a fait sur un large ulcère variqueux préalablement modifié avec l'iodoforme et l'acide phénique, un semis avec des raclures très fines de peau de grenouille. L'ulcère fut recouvert de protective et d'un pansement phéniqué légèrement compressif laissé en place cinq jours. Au moment où le pansement fut enlevé, il y avait déjà de très petits îlots de cicatrisation et au bout de trente-et-un jours, l'ulcère était cicatrisé, tandis qu'un deuxième ulcère siégeant sur l'autre jambe et traité par les procédés ordinaires n'avait aucune tendance à cicatriser. Il faut dire aussi que c'est là le seul heureux essai de ce genre de traitement pour plusieurs plaies atones sur lesquelles cet essai a été fait. Ayant eu l'occasion de parler du succès obtenu chez le jeune Br..., sujet de sa première observation, à son confrère M. le Dr Baratoux, ce praticien fit aussi des expériences dans cette voie de chirurgie réparatrice et obtint des résultats fort satisfaisants. Déjà en 1878, Berthold, de Kœnisberg, avait tenté de greffer un morceau de la peau du bras sur les perforations du tympan, mais la peau avait l'inconvénient d'être trop épaisse et de s'adapter difficilement aux bords de la perforation. Aussi abandonne-t-il ce procédé pour le remplacer par l'emploi de la membrane testacée de l'œuf de poule. M. le Dr Baratoux se servait également de la membrane de l'œuf dans certains cas de rhinite ulcéreuse et de prforations du tympan et y a substitué avec avantage la peau de grenouille comme en font foi les observations ci-dessous. Quand l'otorrhée et la cause qui l'a engendrée ont disparu, s'il se sert de la membrane testacée, il taille dans cette membrane une pièce un peu plus grande que l'ouverture à recouvrir et il l'applique sur les bords de la perforation. Quant à la peau de grenouille, il la taille avec des ciseaux ou la dissèque après l'avoir soulevée avec des pinces fines et la prend sur la membrane interdigitale, la membrane clignotante, le ventre ou les parties latérales.

Observation I.—Mlle X..., 20 ans. Ozène, rhinite atrophique, avec ulcérations depuis huit ans, halcine fétide. Les cornets inférieurs sont atrophiés; le droit principalement présente une surface sinueuse, exulcérée, recouverte de mucosités purulentes. Lavages avec eau et acide borique, eau et borate de soude, chlorate de potasse. Quand les fosses nasales ne sont plus encombrées par les mucosités, il applique cinq ou six petits morceaux de peau de grenouille, côté sous-cutané sur la plaie. Avant de procéder ainsi, il a eu soin de nettoyer les cornets avec une solution de sublimé, et, après l'application des greffes, il fait un pansement avec de l'ouate phéniquée de manière à recouvrir le cornet inférieur et il maintient cette ouate avec un cylindre d'ouate qui appuie sur la cloison et le cornet. Le lendemain il y a des mucosités sur le pansement qu'il faut renouveler chaque jour. Très souvent, dès le deuxième jour, dans les opérations de ce genre, on voit les greffes prises. Elles ont l'aspect d'une membrane blanchâtre sur le fond rouge du cornet et peu à peu on voit la peau s'étendre. Il met généralement quatre ou cinq morceaux chaque fois. Au bout de huit à quinze jours, la muqueuse est lisse. Chez la jeune fille même, sujet de cette première observation, la muqueuse s'est hypertrophiée au milieu du cornet en un point où il avait posé quatre ou cinq greffes les unes près des autres. La jeune fille est guérie de son ozène depuis au moins quatre mois.

Obs. II. — Mlle X..., 15 ans, a, depuis l'âge de 11 ans, de l'ozène avec fétidité extrême; mucosités purulentes abondantes, production de croûtes. Pas d'atrophie de la luette, amygdales petites. Traitement par injections à l'acide borique, sublimé, chlorure de sodium. Les cornets moyens et inférieurs sont atrophiés, la muqueuse ulcérée. Badigeonnages à l'iode, à l'aluminium acético-tartricum, tampon de ouate. Le Dr Baratoux met des lambeaux de pellicule d'œuf sur le cornet inférieur droit. Ces greffes n'ont pas réussi et deux ou trois greffes de peau de grenouille ont parfaitement adhéré. Pansement avec ouate phéniquée renouvelée tous les jours ou tous les deux jours. Actuellement la muqueuse est lisse sur le cornet. La muqueuse de ce cornet, qui était le plus malade, a augmenté de volume et la jeune fille est guérie.

Obs. III. — M. X..., 44 ans. Ancienne perforation du tympan gauche. La perforation est antéro-inférieure. Il n'entend la voix qu'à 30 centimètres. La montre est perçue au contact et la perception crânienne est bonne. Après avoir excité les bords de la perforation avec une solution au nitrate d'argent pour que les bords s'enflamment légèrement sans suppurer, le Dr Baratoux applique un lambeau de peau de grenouille et le conduit auditif est bourré d'ouate. Trois jours après, il y a cicatrisation. L'amélioration de l'ouïe est considérable et M. X... suit la conversation à plus de 1 mètre 50 et perçoit la montre à 6 centimètres.

M. le Dr Baratoux a expérimenté sur environ 15 sujets. Ses interventions pour les perforations du tympan, au nombre de 3, ont toutes été suivies de succès et une quatrième a été pratiquée le 28 février dernier. Onze malades ont été traités pour ozène, rhinite ulcéreuse non spécifique. Pour tous les malades il a été posé de 10 à 20 greffes dont plus de la moitié a réussi et tous ont retiré d'excellents effets de ce traitement. Le Dr Baratoux a toujours obtenu une muqueuse lisse, fait qui a été constaté par plusieurs médecins venus à sa clinique. De plus il a essayé de fermer une petite perforation de la cloison, due à une gomme syphilitique, mais le pansement ne fut pas conservé et la peau tomba le soir même ou le lendemain.

3° *Conditions nécessaires de succès et procédés opératoires pour les transplantations sur les plaies cutanées et muqueuses.* — Pour réussir dans ces tentatives de chirurgie réparatrice il y a de nombreuses et minutieuses précautions à prendre, tout en admettant des conditions de terrain qu'il est impossible de préciser d'une manière évident . Ainsi le succès est des plus problématiques quand il s'agit de plaies atones, sans vitalité, sans bourgeons, comme certains ulcères de jambe, tout au moins avant d'avoir pu les modifier pro-

fondément. Nous parlerons d'abord des applications sur la surface cutanée en faisant remarquer que, dès les premiers jours il faut apporter une très grande attention pour apercevoir la coloration des pellicules de grenouille, le fond rouge de la plaie faisant transparent et masquant la coloration de la mince membrane qui ne fait pas plus de volume entre les doigts qu'un fin papier à cigarette mouillé, comme le disait très justement à l'un de nous, M. le professeur Panas. Le résultat des tentatives, en dehors de l'influence de terrain, dépend en majeure partie des précautions et pansements antiseptiques. Il faut d'abord que la plaie bourgeonne bien, il faut éviter tout écoulement de sang ainsi que la suppuration, et cette dernière condition n'est obtenue qu'avec des pansements antiseptiques, faits soigneusement et renouvelés suivant les indications qui se présentent. Il faut exiger du blessé une immobilité complète pendant au moins 48 heures pour donner le temps aux greffes d'adhérer d'une façon suffisante. Lavage de la plaie à la solution phéniquée forte, nettoyage au coton hydrophile pour la déterger entièrement, application rapide des lambeaux préalablement lavés deux ou trois fois dans la solution phéniquée faible. Pour éviter d'enlever les fragiles lambeaux que nous taillons de la largeur de l'ongle du pouce, en défaisant le premier pansement, on les recouvre avec une triple rondelle de papier buvard désinfecté et enduit de vaseline phéniquée. Chaque rondelle a un diamètre moindre que celui du lambeau, afin que celui-ci restant visible à sa périphérie on puisse y exercer une légère compression quand on enlève les bandelettes contentives de diachylon. Les bandelettes de diachylon sont réduites à la largeur la moins grande possible pour que leur contact avec la plaie ne détermine pas de suppuration. Les bandelettes doivent exercer une constriction assez forte sur les rondelles de buvard et par leur intermédiaire sur les lambeaux. Le tout est recouvert d'un pansement de Lister sur lequel on fait encore une légère compression avec de l'ouate et des bandes. La compression exercée par les bandelettes de diachylon et le pansement ont ici deux avantages : 1° Celui de mieux faire adhérer les greffes; 2° Celui d'amener une anémie relative, favorable de la surface de la plaie, M. Marey ayant déjà observé que les bords des plaies légèrement mouillés et comprimés cicatrisent plus vite. Nous avons préféré le pansement phéniqué, parce que Reverdin avait eu surtout à s'en louer et, que c'est un des pansements qui suppriment ou diminuent le mieux la suppuration. Il est bon que pendant les 4 ou 5 premiers jours, les pansements soient faits par la même personne.

Toutes ces conditions de succès peuvent se résumer en quelques lignes : 1° Plaie bourgeonnante. 2° Eviter de faire saigner, la coagulation du sang empêchant le contact immédiat entre les cellules de la greffe et celles des bourgeons charnus. 3° Eviter la suppuration qui agit comme la coagulation et entraîne avec elle les minces pellicules de grenouille. 4° Docilité et immobilité du blessé pendant les 3 ou 4 premiers jours. 5° Faire soi-même les pansements qui seront rigoureusement antiseptiques, et apporter le plus grand soin au pansement de début qui est le plus important et qui doit être compressif.

Voici, pour les muqueuses, les procédés employés par M. le Dr Baratoux, les soins antiseptiques restant les mêmes, bien entendu :

1° *Pour le nez.* — Le morceau de peau de grenouille ayant été disséqué ou coupé avec des ciseaux est placé sur un pinceau qu'on pose sur la plaie ou bien à l'extrémité d'une pipette spéciale et la greffe est appliquée sur la plaie en soufflant à l'autre extrémité de la pipette.

2° *Pour l'oreille.* — Le morceau de peau enlevé est placé sur une lame de verre humectée d'eau phéniquée ou de glycérine phéniquée ou de solution de sublimé. On aspire la greffe ou on s'aide de pinceaux ou d'aiguilles fines. Dans le procédé d'aspirations, M. le Dr Baratoux pose l'extrémité d'un fin tube de verre recourbé sur la surface de la greffe toujours prise plus grande que la perforation à fermer, puis en soufflant légèrement, la greffe vient s'appliquer sur la membrane du tympan. Si elle n'est pas bien appliquée, à l'aide d'un pinceau ou d'un stylet, il la met bien en contact. Si elle se ratatine, il la remplace immédiatement par une autre. Avant toute application de greffe, le tympan est bien lavé avec une tige garnie de coton ou un pinceau trempés dans une solution phéniquée ou de sublimé. Dans un de ces cas, il s'est produit une perforation au centre de la pellicule de grenouille, peut-être après avoir donné par inadvertance un coup d'aiguille en la préparant ?

Cette perforation s'agrandissant, il essaye d'enlever la greffe trois ou quatre jours après, mais ce fut avec quelques difficultés. Il dut passer une fine aiguille recourbée dans l'ouverture qui s'était formée. Une partie seule put être retirée. Peu de jours après, le tympan était cicatrisé dans une petite portion de sa partie inférieure où était resté un morceau de greffe. Mais la partie supérieure se ratatina, se dessécha et il dut l'enlever et la remplacer par une nouvelle pellicule. Nous terminerons notre communication en citant un fait qui nous a paru intéressant au point de vue physiologique. Dans une de nos premières observations où il avait été fait comparativement des greffes humaines et des greffes de peau de grenouille, une greffe humaine avait été enlevée en défaisant le premier pansement et avait laissé sur le fond rouge de la plaie un petit point de couleur cendrée qui s'est développé et a fourni un îlot avec prolongement comme les autres greffes. Ce fait ne tendrait-il pas à faire supposer que la couche de Malpighi fait à elle seule les frais de réparation et qu'il y a là très probablement une action de simple présence, de contact.

LES ÉTUDES DE MÉDECINE EN ALLEMAGNE. — L'exercice de la médecine est tellement encombré de titulaires en Allemagne que l'Union générale des médecins a envoyé une circulaire à tous les directeurs de gymnases (collèges, lycées), les invitant à détourner leurs élèves d'une carrière où les chances de prospérité sont maintenant si restreintes. Une semblable circulaire aurait peut-être quelque utilité en France, fait remarquer un de nos confrères de la presse médicale.

HÔPITAUX DE PARIS. — Par arrêtés ministériels en date du 4 mars, M. le docteur MOUTARD-MARTIN, ancien médecin de l'Hotel-Dieu, et M. le Dr HARDY, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris. — M. le Dr FÉRÉ, médecin adjoint à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre.

OFFICIAT DE SANTÉ. — Par une circulaire en date du 15 février dernier, adressée aux recteurs, le ministre de l'Instruction publique a décidé que, dans les épreuves écrites de l'examen du certificat d'études exigé des aspirants aux diplômes d'officiers de santé et de pharmacien de deuxième classe, la version latine de la force de quatrième, pouvant être déjà remplacée par une version anglaise ou allemande de la force de quatrième de l'enseignement secondaire spécial, pourra de même être remplacée par une version italienne ou espagnole dans les académies de Paris, Aix, Bordeaux, Montpellier et Toulouse.

PUBLICATIONS
DU
Progrès Médical

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
D'ANATOMIE MÉDICALE
DU
SYSTÈME NERVEUX
PAR
Le Dr Ch. FÉRÉ
Un fort volume in-8° de 496 pages avec 204 figures intercalées dans le texte; prix, 10 fr. — Pour nos abonnés : prix, 7 fr.

HYSTÉRIE ET TRAUMATISME
PARALYSIES, CONTRACTURES, ARTHRALGIES, HYSTÉRO-TRAUMATIQUES
Par le Dr Paul BERBEZ
Un vol. in-8° de 127 p.— Prix, 3 fr. 50
Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

BRODIE (B). Leçons sur les affections nerveuse, locales, traduites de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre. — Volume in-8 de 62 pages.—Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

BROCA (A). Du lavage de l'estomac et de l'alimentation artificielle dans quelques affections chroniques de l'estomac. Brochure in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

DUMÉNIL et PETER. — Commotion de la moelle épinière. Etude clinique et critique Brochure in 8° de 106 pages, avec une planche hors texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . 1 fr. 40

FÉRÉ (Ch.). Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin. Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1fr 25. — Pour nos abonnés . . . . 1 f.

FÉRÉ (Ch.). Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin, Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des kystes hydatiques du foie ; leur traitement. Nouvelles méthodes thérapeutiques.

Dans deux articles précédents (1) nous avons successivement exposé : 1° Les modifications récentes des anciennes méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie ; 2° l'une des méthodes nouvelles, à savoir le procédé de Volkmann. Il nous reste à décrire le procédé de Lindemann-Landau ou plutôt ce procédé plus ou moins modifié, tel qu'il est employé aujourd'hui. La méthode de Lindemann-Landau a été, au début, utilisée pour les kystes hydatiques du foie les plus communs, c'est-à-dire ceux qui, nés de la partie antérieure de cette glande, proéminent du côté de l'abdomen (*kystes antéro-inférieurs*). Dans les lignes qui vont suivre, il ne s'agira guère que de cette variété de kystes et ce que nous dirons de la nouvelle méthode s'y appliquera tout particulièrement. Mais il ne faut pas oublier que les kystes du foie peuvent, quant à leur situation, être aussi *postéro-supérieurs*, c'est-à-dire se développer vers le thorax en partant de la face convexe, faire saillie dans une cavité pleurale en refoulant le diaphragme. De plus, ils sont parfois entièrement ou en partie compris dans le parenchyme glandulaire ; ce sont les *kystes intra-hépatiques*. En quelques mots, nous indiquerons plus tard la façon dont on doit les traiter ; voyons d'abord ce qui a rapport aux kystes antéro-inférieurs.

a) *Kystes antéro-inférieurs du foie.* Etant donné un kyste hydatique du foie, un kyste qui est né d'un point quelconque de la partie antéro-inférieure de l'organe, qui s'est porté en avant, de façon à former une saillie notable dans l'hypochondre droit, on doit faire la *laparotomie*, autrement dit sectionner la paroi abdominale, ensuite ouvrir le kyste (*kystotomie*). Si le kyste est d'un certain volume, l'incision de sa paroi doit être accompagnée d'une *résection* de la poche aussi complète que possible (*kystectomie*) (2). S'il est pédiculé, l'extirpation doit être faite et être totale.

Manuel opératoire. On devra prendre toutes les précautions voulues comme s'il s'agissait d'une ovariotomie. Ne pas oublier l'importance qu'il faut attacher à la température de la chambre où aura lieu l'opération, à sa ventilation, à l'éclairage, etc. Lavages antiseptiques habituels, le malade ayant pris un grand bain le matin même ou la veille de l'opération. On savonnera le champ opératoire à l'eau de Panama, à l'eau savonneuse ordinaire, puis au sublimé ou à l'acide phénique. On aura eu soin de vider l'intestin.

Après l'anesthésie, le malade étant placé sur une table étroite, on fera l'incision abdominale en sectionnant couche par couche la peau, le tissu cellulaire, les aponévroses et la mince couche musculaire qui constituent la paroi. On s'assurera de l'hémostase avant d'attaquer le péritoine pariétal qui sera incisé aux ciseaux dans toute l'étendue de la plaie, après une petite déchirure faite en un point à la sonde cannelée.

Mais quel sera le siège de l'incision? Quelle sera sa direction? Rien n'est plus variable ; tout dépend de la forme du kyste, de la façon dont il se comporte par rapport aux parois abdominales. L'incision devra être faite sur la partie la plus saillante de la tuméfaction et être aussi rapprochée que possible du foie. Tantôt elle siégera sur la ligne médiane, c'est-à-dire sur la ligne blanche ; tantôt elle sera parallèle à cette ligne, mais placée plus à droite. D'autres fois, on la fera oblique, et le plus souvent alors parallèle au rebord des fausses côtes droites. Sa longueur ne dépassera pas 9 à 10 centimètres.

Le péritoine ouvert, on aperçoit le kyste, et si les adhérences ne sont pas trop résistantes, ni trop nombreuses, on le voit monter et descendre à chaque mouvement respiratoire, comme le foie. Doit-on à ce moment, comme Lindemann le recommande, suturer le péritoine pariétal incisé aux deux lèvres de la plaie de la paroi. Plusieurs auteurs ne le font pas, Landau entr'autres ; cette précaution parait peu nécessaire à prendre et complique sans grands avantages l'opération.

Si, par exception, le kyste était adhérent à la paroi abdominale, sa cavité serait ouverte du même coup. Mais c'est là un cas tout particulier qui simplifie considérablement l'intervention.

Lorsque la paroi kystique est sous les yeux du chirurgien et se meut au-devant de la plaie pariétale, l'opérateur doit de suite introduire sa main dans le ventre, essayer de délimiter le kyste, d'apprécier son volume, sa forme, les adhérences qu'il présente et rechercher avec le plus grand soin s'il est rattaché au foie par un pédicule, s'il y a dans son voisinage d'autres kystes plus petits, etc.

Cet examen fait, il doit songer à vider le kyste après l'avoir fixé à la paroi abdominale pour empêcher son contenu de tomber dans le péritoine. Les uns ponctionnent d'abord et fixent ensuite ; les autres commencent par fixer la poche à la paroi et ponctionnent après. En France, on parait plus enclin à ponctionner d'abord à l'aide d'un fin trocart adapté à un appareil aspirateur ; Lawson-Tait se sert d'un trocart plus gros d'un modèle spécial. Il nous semble qu'on devrait procéder pour ces kystes de la même façon que pour les kystes de l'ovaire. En Allemagne, Lindemann fixe le kyste à la paroi sans ponction préalable ; Landau le ponctionne après la suture avec une aiguille Dieulafoy.

Quoiqu'il en soit, il paraît plus simple de ponctionner tout d'abord le kyste, puis d'aspirer une partie de son contenu, à condition de prendre toutes les précautions voulues, c'est-à-dire d'appliquer une pince à kystes ou tout au moins une pince à forcipressure sur la plaie faite par l'instrument piquant ; en procédant ainsi la fixation à la paroi est plus facile, car on peut attirer le kyste au dehors autant que l'on veut.

Le mode de fixation varie suivant les chirurgiens. Lindemann passe deux gros fils de catgut dans la paroi kystique parallèlement aux bords de l'incision abdominale et les fait ressortir aux deux angles de la plaie ; mais il ne suture le kyste à la paroi du ventre qu'après l'ouverture de la poche. Landau procède autrement : il fait deux sutures aux deux angles de la plaie et ces sutures sont perpendiculaires à la direction de l'inci-

(1) Voir *Prog. médical*, n° 11 et n° 14.

(2) Nous ne saisissons pas pourquoi M. Vallas préfère les mots de *hystérotomie* et *hystérectomie* (loc. cit., p. 135) ; d'ailleurs ces appelations, nous le reconnaissons, prêtent un peu à la confusion, car on a déjà : *cystotomie* et *kystitomie*, mots qui ont un sens précis et déterminé.

sion. On opère à peu près ainsi en France. A l'aide d'une grosse aiguille, on traverse successivement à chaque angle de la plaie une des lèvres de l'incision de la paroi, puis le kyste, puis l'autre lèvre; on fait la suture dans ce cas avec du fil d'argent; il est évident qu'on peut employer du fort catgut ou du crin de Florence. Cette suture *angulaire cutanéo-kystique* suffit pour assurer la fixité du kyste quand elle a été bien faite; on termine la suture plus tard.

C'est le moment d'ouvrir la poche; on sectionne alors d'un angle à l'autre de la plaie abdominale la tumeur qu'on a fait sortir autant qu'on l'a pu de la cavité abdominale et qu'on maintient herniée avec des pinces ad hoc Le contenu du kyste sort avec facilité, si l'incision est suffisamment large, et elle doit l'être assez, car les vésicules hydatides atteignent parfois un volume assez considérable.

La poche vidée, on résèque aux ciseaux tout ce que l'on peut atteindre de sa paroi, c'est-à-dire de sa partie antérieure, en prenant bien garde de ne pas faire communiquer sa cavité avec celle du péritoine. Il faut réséquer le plus possible, puisque l'idéal est l'extirpation complète (1). En tous cas ce qu'il faut s'efforcer d'obtenir, « c'est de transformer une cavité plus ou moins profonde en une surface plate accolée à la paroi abdominale sur le même plan et sans diverticule. »

On termine l'opération en suturant les bords de l'incision du kyste réséqué à ceux de la paroi abdominale par des points de suture très rapprochés. On peut employer pour cette suture le fil d'argent, le catgut, la soie, le crin de Florence, peu importe. La suture à points séparés est la plus utilisée. On ne doit pas, quoi qu'on en ait dit, gratter la face interne de la poche, de peur de la perforer en ses points les plus friables.

Il n'y a plus qu'à placer un, deux ou plusieurs gros tubes à drainage dans la cavité du kyste rétrécie autant que possible; certains auteurs y injectent de l'eau boriquée ou de l'eau phéniquée faible; d'autres ne font pas de lavages, surtout quand le kyste a été bien vidé. Les tubes à drainage sont maintenus par le pansement ou bien sont fixés aux bords de la plaie abdominale par un fil d'argent.

Le pansement se fait généralement avec de la gaze iodoformée chiffonnée entourant les tubes en caoutchouc. Un plastron de ouate hydrophile, recouvert par de la ouate ordinaire et un bandage de corps, complète ce pansement qui doit être renouvelé plus ou moins fréquemment suivant la quantité de liquide qui s'écoule du kyste, c'est-à-dire tous les jours ou tous les deux ou trois jours. Les sutures sont enlevées vers le 10e jour.

Suites de l'opération. Les suites de l'opération sont ordinairement simples. Les complications sont rares comme nous le verrons. Ce qui frappe c'est la rapidité avec laquelle se font les *adhérences* entre le kyste et la paroi, et la *rétraction* de ce qui reste de la poche kystique. M. Trélat, dans un cas qu'il a communiqué récemment à la Société de Chirurgie (2), insiste sur ce fait qu'il a pu observer directement, son malade ayant succombé 3 mois après l'opération à une pleurésie. La suppuration peut avoir lieu, mais si les pansements sont bien faits et les règles de l'antisepsie bien observées, le pus ne doit pas apparaître. La membrane la plus interne de la paroi kystique s'exfolie et au-dessous d'elle on voit apparaître des bourgeons charnus. La plaie cutanée se déprime de plus en plus à mesure que la cavité est comblée par les granulations et bientôt il ne persiste qu'une fistule qui diminue peu à peu. Il est vrai que cette fistule met assez longtemps à s'oblitérer, mais en moyenne au bout de 6 à 8 semaines la guérison est complète si rien n'est venu entraver la cicatrisation.

Accidents dus à l'opération. Quels sont les accidents post-opératoires qui peuvent, soit retarder la guérison, soit occasionner la mort. Jusqu'ici on n'a pas signalé de péritonite consécutive à l'opération; on ne doit attribuer ce fait qu'aux sérieuses précautions antiseptiques prises par les habiles chirurgiens qui ont pratiqué ces opérations. Il faut avouer cependant que dans un cas la mort a été causée par la septicémie (Knowsley Thornton). On a noté dans un certain nombre de cas une pleurésie, survenant d'ailleurs à une époque variable. On ne sait encore à quoi l'attribuer. Somme toute, la mortalité générale, en ce qui concerne cette méthode, est peu élevée (7 0/0, Braine); nous sommes persuadés qu'elle baissera encore quand on opérera de meilleure heure, quand les malades, lors de l'intervention, jouiront encore d'un bon état général, quand tous les opérateurs, sans exception, seront absolument convaincus des bienfaits de l'antisepsie et accoutumés à la pratique de la chirurgie abdominale.

Un phénomène peu important, mais qui mérite d'être cité (le praticien doit le connaître, ne serait-ce que pour savoir qu'il ne résulte pas d'une fistule kysto-intestinale), c'est l'*odeur fécaloïde* que présente parfois le contenu du kyste lors du premier pansement. Ce phénomène paraît dû aux modifications subies par la bile après l'ouverture de la poche (1).

b) Kystes intra-hépatiques (en partie ou en totalité). Nous venons de voir que l'incision en un temps, c'est-à-dire la laparotomie avec incision et même extirpation partielle du kyste, donnait de très beaux résultats pour les cas de kystes hydatiques de la face antérieure du foie se portant vers l'abdomen. Pour les cas où la tumeur part de la face inférieure et fait saillie vers les parties inférieures du ventre, cette méthode est encore meilleure. Mais quand le kyste est franchement *intra-hépatique*, doit-on intervenir de la même façon, en ajoutant à l'opération l'*hépatotomie*, c'est-à-dire la section du tissu hépatique séparant le kyste du feuillet viscéral du péritoine péri-hépatique (à supposer le diagnostic fait)?

Pour répondre à pareille question, il suffit de connaître les conclusions des recherches faites sur les plaies du foie par instruments tranchants, accidentelles ou opératoires, expérimentales ou cliniques, dans les cas où la plaie a été aseptique.

Au point de vue expérimental, ces recherches ont été faites sur le chien par M. le Dr Tillmann. Une plaie

(1) Elle est possible et a été pratiquée (Terrier, Lucas-Championnière), quand le kyste est pédiculé. Inutile d'insister sur ces kystes pédiculés difficiles à diagnostiquer, mais faciles à enlever.
(2) Voir *Progrès médical*, nº 5, 1887, p. 96.

(1) Verneuil, Terrier. *Soc. de Chir.*, séance du 10 février 1886.

aseptique avec excision de la substance hépatique se cicatrise rapidement chez cet animal et sans accident aucun.

Au point de vue clinique, on sait que des opérés de kystes ovariques ont eu des déchirures du foie pendant l'intervention et ont parfaitement guéri de ces déchirures ; de même, on a excisé des portions de tissu hépatique avec plein succès, lors d'ablation de tumeurs de la vésicule biliaire. D'autre part, à l'heure qu'il est, on a fait avec succès un assez grand nombre d'hépatotomies lors de kystes hydatiques du foie (Lawson-Tait, Segond, Reclus), pour qu'on puisse considérer cette opération comme peu dangereuse.

L'hémorrhagie n'est pas considérable (peut être parce qu'au voisinage du kyste le tissu hépatique est sclérosé) et en tout cas facile à arrêter au thermocautère, si la suture du foie ne suffit pas (1).

Etant donné un kyste hydatique de cet organe, on ne sait jamais, avant d'avoir fait la laparotomie, s'il faudra oui ou non faire l'hépatotomie, comment elle devra être faite, et si l'on aura une notable portion de substance hépatique à traverser pour arriver sur le kyste.

Comme le fait remarquer M. Reclus deux cas sont à considérer :

1° *Kyste en totalité intra-hépatique.* La tumeur est enveloppée de toute part par du tissu glandulaire, incluse en totalité dans l'organe. Dans ce cas, l'opération est la même que pour un abcès du foie (2). On devra faire l'incision au point le plus saillant, là où la lamelle hépatique à fendre est la moins épaisse (elle ne l'est jamais beaucoup d'ailleurs). Lorsque le liquide est évacué, on n'a plus qu'à suturer les bords de l'incision hépatique aux lèvres de la plaie cutanée, ce qui se fait facilement, car le tissu hépatique est assez résistant pour que les fils d'argent eux-mêmes ne le déchirent pas (Lawson-Tait, Reclus, Segond) (3).

2° *Kyste en partie seulement intra-hépatique.* La tumeur se dégage en partie au-dessous du foie ; sa portion supérieure et antérieure seule est cachée par une lamelle de substance hépatique. Dans ce cas, on doit inciser toute la partie de la poche non comprise sous le parenchyme, et ne sectionner le tissu hépatique qui recouvre en haut la partie kystique que si cela est nécessaire ; l'incision du tissu glandulaire dans ces conditions est sans danger, car la lame hépatique n'a qu'une très faible épaisseur (4).

L'*hépatotomie* ne doit donc désormais faire peur à personne ; on a écrit qu'elle exige une habileté exceptionnelle et des précautions multiples. Il nous semble qu'il y a là un peu d'exagération ; la lecture des observations montre au contraire que le foie, comme le dit M. Braine, est un organe relativement complaisant en face des sections chirurgicales. L'hépatotomie peut donc être utilisée, dans les cas de kystes hydatiques du moins, car elle n'a donné lieu, dans ces conditions, à aucun accident.

c) *Kystes sous-diaphragmatiques.* Il nous resterait à parler du traitement des *kystes postéro-supérieurs* ou *sous-diaphragmatiques*, dont le diagnostic est si difficile; c'est-à-dire de ceux qui se développent aux dépens de la face supérieure du foie, proéminent dans la plèvre et parfois s'y ouvrent (1). Nous n'en dirons qu'un mot, vu leur rareté. Jusqu'à ces derniers temps, non seulement on ne les croyait pas opérables, par la méthode ordinaire, à savoir l'incision en un seul temps (laparotomie avec kystotomie), mais on les déclarait inattaquables, au-dessus de toutes les ressources de l'art chirurgical.

Cependant, deux hardis chirurgiens allemands, Israel (de Berlin) et Genzmer (de Halle) (2) n'ont pas hésité à s'aventurer dans une semblable opération, hasardée, on doit le dire, pour l'époque à laquelle ils ont opéré. Récemment Bülau (de Hambourg) (3) a imité Genzmer. En France pareille tentative n'a pas été faite.

Ces opérateurs ont choisi la *voie pleurale*, mais ont procédé d'une façon un peu différente. Nous ne rapporterons aucune de ces opérations ; le résultat des deux premières (mort ou guérison) n'a pas été publié ; de plus, dans le cas de Bülau, la mort, qui survint assez rapidement, et qui d'ailleurs n'est pas imputable à l'opération, a empêché de suivre assez longtemps le malade. Nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Braine ou aux mémoires originaux.

La voie pleurale, à l'heure qu'il est, est rationnelle ; on ne craint plus autant qu'autrefois l'ouverture de la cavité de la plèvre. Il est si facile de réséquer une, deux ou trois côtes, quand elles vous embarrassent, qu'une opération ainsi faite, surtout s'il y a quelques adhérences du kyste, a des chances de réussir. Mais attendons de nouveaux faits.

Cette voie pleurale n'est d'ailleurs pas la seule à employer pour les kytes postéro-supérieurs. Landau vient de démontrer par des faits cliniques, au nombre de quatre (4), qu'on peut les attaquer par la *voie abdominale*. Cet habile chirurgien insiste sur la nécessité d'abaisser le foie, de le luxer pour ainsi dire en avant et de le fixer dans cette nouvelle position par des sutures ; si l'on ne procède pas ainsi, le kyste ne peut être vidé que très incomplètement.

(1) A propos de la suture du foie, lire le récent article : Contribution au traitement des blessures du foie ; par le Dr Burckhardt (de Stuttgart) in *Centralblatt für Chirurgie*, n° 5, 1887 ; ou bien la traduction française par le Dr O. Dell[illegible], in *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, n° [illegible], février 1887.

(2) Nous reviendrons un jour sur le traitement de ces abcès.

(3) Voir, à propos du cas de M. Segond, la communication qu'il a faite [illegible] à la *Soc. de Chir.*, p. 297.

(4) Dans le service de M. le Pr Guyon, M. le Dr Campenon, en 18[illegible]5, opéra un cas de ce genre, si nos souvenirs sont exacts. La malade a guéri.

(1) C'est avec intention que nous ne disons rien du mode de traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans la plèvre ou même les bronches ; c'est un cas particulier et les matériaux sont trop peu nombreux pour qu'on puisse s'occuper aujourd'hui avec fruit de cette question.

(2) VIIe Congrès des chirurgiens allemands, Berlin 1879. — Israel ; *Vorstellung eines Falles von Operation eines Leberechinokokkus in der Brusthöhle* (*Verhand. der deut. Gesellsch. für Chirurgie*, p. 17, Berlin 1879). — Genzmer ; *Vorstellung eines mit [illegible] und Eröffnung der gesunden Pleura durch Incision des Zwerchfelles geheilten Leberechinokokkus* ; ibid., p. 19.

(3) *Centralblatt für Chirurgie*, 1885.

(4) Voir : Landau L., *Ueber subdiaphragmatische Echinokokken und deren Behandlung Deut. med. Woch.*, Berlin, 1886, XII, 832-834 et tirage à part chez Eugène Grosse, à Berlin, 188[illegible]. — *Sem. médic.*, 1886, p. 478. — Communication détaillée à la séance du 1er [illegible] de la *Verein für innere Medicin* de Berlin.

Quant on lit le récit de ces opérations (voie pleurale ou abdominale), on est frappé de la hardiesse des opérateurs d'outre-Rhin; mais en somme, ce qu'ils ont fait n'a rien que de très justifié. Dans quelques années, nous n'en doutons pas, on n'hésitera plus en France, le cas échéant, à marcher sur leurs traces. Si nous sommes moins hardis que nos voisins, c'est qu'en Allemagne les kystes hydatiques sont plus fréquents que dans notre pays, c'est que l'attention est plus attirée sur ces faits. Il n'est donc pas étonnant de voir les chirurgiens allemands ne reculer devant rien pour tenter de guérir radicalement une affection aussi fréquente dans leur pays, quelle que soit la localisation du kyste dans le foie.

Conclusions.— De cette étude sur les nouvelles méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie nous devons conclure : 1° incontestablement la *méthode de l'ouverture large des kystes* est la meilleure. — 2° le *procédé* à employer est celui de Lindemann-Landau plus ou moins modifié, c'est-à-dire l'incision en un temps telle que nous l'avons décrite (1). Voici, en résumé, les avantages de ce mode de traitement : Le kyste est vidé totalement et facilement. Il n'y a *pas de suppuration* dans la poche kystique ou ce qui en reste après résection (dans ce cas la poche est plus petite). Si le kyste était suppuré avant l'intervention, la kystotomie après laparatomie est la seule opération rationnelle. Si le kyste est pédiculé l'extirpation est totale. Il n'y a pas d'accidents post-opératoires ; pas de péritonite (à condition, bien entendu, que l'opération soit faite dans les conditions d'asepsie voulues). La statistique est aussi favorable que possible : 7 0/0 seulement de mortalité. Dans la suite elle deviendra encore meilleure. Dans beaucoup de cas, la *durée* du traitement est bien moins longue que par les autres méthodes, et l'est d'autant moins (en général) qu'on a réséqué une plus grande partie du kyste. S'il se produit une fistule, elle guérit assez rapidement. Au point de vue du diagnostic, la laparotomie permet d'en faire un précis et de ne pas agir à l'aveugle.

Ces faits étant connus, quelle doit être aujourd'hui la conduite du chirurgien dans un cas de kyste hydatique du foie ? Si le diagnostic n'est pas certain, on peut faire une ponction aspiratrice aseptique ou bien recourir de suite à la laparotomie, laquelle, d'abord exploratrice, devient curative si le diagnostic se vérifie. Le diagnostic est fait ; il faut recourir à l'incision large. Si le kyste est suppuré, on doit l'ouvrir de suite, tout le monde est d'accord. S'il est peu volumineux, quelques chirurgiens se refusent à opérer (Polaillon). On ne les imitera pas et interviendra avant que des désordres plus graves apparaissent sous l'influence de l'augmentation de volume du kyste. Enfin, dans les cas particuliers où le kyste fait saillie dans la cavité thoracique, on emploiera la voie pleurale ou abdominale, au choix ou plutôt suivant les indications. Mais pour qu'un chirurgien se permette d'aborder franchement la cure radicale d'un kyste hydatique du foie, il doit être rompu aux difficultés de la chirurgie abdominale et mettre en pratique « avec une férocité jalouse » les lois de l'asepsie la plus sévère. C'est là la clé de tous les succès modernes, passés et présents. Aux succès à venir de nous apprendre par où nous péchons encore (1).

Marcel BAUDOUIN.

(1) Si la méthode de Volkmann a paru à quelques auteurs plus inoffensive au point de vue statistique, c'est qu'on a très peu opéré de cette façon. D'ailleurs une antisepsie bien faite diminuera notablement la mortalité dans le procédé recommandé actuellement.

(1) Voici encore quelques indications bibliographiques récentes relatives à cette question : CONTI (S.). Laparotomia per vasta cisti da echinococco del fegato (*Raccoglitore med. Forli*, 1886, p. 312-316). — POSTEMPSKI. Sopra la sutura del fegato (*Arch. ed. attid. Soc. Ital. di Chir.*, Roma, 1886, ii, 58-61). — TRÉLAT. Leçon de clinique chirurgicale à la Charité. *Sem. méd.*, 1886, p. 378. — *Société de Méd. et de Chir. de Londres*, (séance du 25 janv. 1887). Traitement des kystes hydatiques du foie par Barwell, Havard, etc.). (An. in. *Sem. médic.*, n° 5, 1887).—*Journal of the american Associat.*, n° 23, 1886 ; et un article des *Archiv. für klinische Chirurgie*, 1886.

Rétablissement des droits d'inscription pour les Etudiants des Facultés.

Nos lecteurs trouveront plus loin le décret, l'arrêté et la circulaire relatifs au rétablissement des droits d'inscription. Antérieurement à cette mesure, au sujet de laquelle les étudiants ont fait la semaine dernière plusieurs réunions, les étudiants avaient à payer les droits suivants :

Droits de bibliothèque : 10 fr. par an, soit		40 fr.
Travaux pratiques :	1re année	60
—	2e —	40
—	3e —	40
—	4e —	20
Examens : Huit à 55 fr.		440
Thèse		240
	Total	880 fr.

Avec le nouveau régime, les étudiants auront à payer la même somme augmentée de 30 fr. par inscription, soit pour 16 inscriptions 480 fr. et en tout 1.360 fr. Il s'en suit que les recettes provenant des inscriptions seront de 450 à 470.000 fr. pour la Faculté de Paris qui compte 4.000 étudiants.

Nous pensons qu'il est regrettable, surtout pour les étudiants qui ont commencé leurs études avec la conviction que leurs inscriptions étaient gratuites, que l'on ait rétabli les droits d'inscription, qu'il aurait alors mieux valu ne pas supprimer. Pour compenser les inconvénients du nouveau régime, nous estimons qu'il serait bon de multiplier, en faveur des étudiants laborieux et peu fortunés, le nombre des bourses créées par l'Etat, les départements et les villes, afin de rendre l'enseignement supérieur accessible à tous les jeunes gens, à quelque partie de la population qu'ils appartiennent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mars 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. A. PONCET communique une observation de *transplantation osseuse interhumaine dans un cas de pseudarthrose du tibia gauche chez un jeune homme de 19 ans.* Ce jeune homme avait été atteint, le 25 novembre 1885, d'une fracture compliquée de la jambe à la partie moyenne. Un an après, il n'y avait aucune trace de consolidation : les fragments atrophiés étaient séparés par un intervalle de 35 à 40 millim. Le péroné n'était pas fracturé ou s'était consolidé sans déformation : formant attelle, il s'était opposé au rapprochement des fragments et avait provoqué la pseudarthrose.

Le 19 janvier 1887, M. Poncet mit à découvert la pseudarthrose et aviva avec des cisailles les deux fragments du tibia. Puis il plaça entre les extrémités osseuses une moitié de phalange du gros orteil provenant d'un sujet vigoureux auquel on venait de faire l'amputation d'une jambe. Cette moitié de phalange, longue de 26 mm. et large de 10 mm., fut laissée pendant trois minutes dans une solution aseptique de sublimé avant d'être introduite dans la plaie. Les bords de cette dernière ne furent pas réunis et le membre fut immobilisé dans une attelle plâtrée. Soixante-deux jours après la transplantation, la greffe était recouverte presque complètement par de beaux bourgeons nivelés : l'intervalle entre les deux extrémités de la pseudarthrose était en grande partie comble, mais il restait de la mobilité. Voulant hâter la guérison, M. Poncet résèqua 6 cent. du péroné au niveau de la pseudarthrose, enleva la greffe et aviva les extrémités tibiales pour la mettre en contact. La moitié de phalange transplantée s'était bien réellement greffée et vivait dans toute sa masse : elle ne s'était ni accrue, ni résorbée, mais elle présentait à la coupe tous les caractères d'un os frais.

Si cette transplantation n'a pas servi à la guérison du malade, elle montre cependant qu'il est possible de greffer un transplant osseux massif chez l'homme. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. BROWN-SÉQUARD en prenant possession du fauteuil de la présidence prononce un remarquable discours dans lequel il remercie, en termes élevés, ses collègues de l'honneur qu'il lui ont fait.

M. RETTERER, recherchant les modifications qui se produisaient dans le gland du chat à la suite de la castration, a remarqué que chez les chats châtrés cet organe était dépourvu des saillies verruqueuses qu'on observe chez les chats entiers, et que de plus il existait des glandes qu'on ne trouve pas chez ces derniers animaux.

M. BEAUNIS présente un lapin auquel il a arraché le facial, il y a près de 3 ans. La destruction porta sur toute la partie comprise entre le ganglion géniculé et la corde du tympan. Au bout d'une année il survint une atrophie considérable de la face du côté de l'arrachement ainsi qu'on en peut juger du reste. Cette altération, bien différente des gangrènes qu'on observe généralement du côté de l'oreille peu de temps après l'opération, ne paraissait pas encore avoir été signalée ; peut-être n'a-t-on pas gardé assez longtemps les animaux en expérience.

M. LABORDE a observé un cas analogue, mais son observation est moins complète, car le lapin fut tué au bout d'un an. Il est intéressant de voir un nerf moteur donner lieu à l'atrophie ; peut-être, dans l'espèce, ce phénomène est-il du aux nombreuses anastomoses sensitives du facial.

M. BROWN-SÉQUARD connait bien des faits analogues à celui de M. Beaunis. Lui-même a montré à la Société un lapin de 21 mois porteur de semblables lésions. Cette atrophie est probablement d'origine bulbaire car, au moment de l'opération, on observe un tournoiement de l'animal sur lui-même. Ultérieurement l'excitation du bulbe se révèle par un tremblement siégeant du côté du corps où a eu lieu l'arrachement.

M. BROWN-SÉQUARD qui soutient depuis longtemps que la rigidité cadavérique n'est qu'une contracture prolongée, cherche à établir que dans la contracture, à l'inverse de ce qui se passe dans la contraction, les muscles ne se raccourcissent pas. En effet, à l'aide d'un dispositif particulier il a pu voir que le muscle contracturé, non seulement ne diminuait pas de longueur, mais encore s'étendait dans une certaine mesure. Les contractures généralisées ne s'accompagnent pas toujours de lésions du système nerveux central : trois individus furent trouvés morts retenus par les coudes contracturés, sur la glace qui bordait le trou que leur poids avait fait. Un choc moral violent peut ainsi amener la mort avec la conservation de l'attitude.

M. REGNARD dit qu'à la suite des explosions de grisou on trouve les ouvriers contracturés dans l'attitude où la mort les a surpris. La mort a été attribuée à diverses causes, entre autres à « la vulga du feu », mais aucune ne paraît démonstrative. Peut-être en trouvera-t-on l'interprétation dans les phénomènes signalés par M. Brown-Séquard ?

L'auteur rapporte en outre que, faisant des recherches avec M. Brissaud à la Salpêtrière sur la température des muscles contracturés, il n'a pas trouvé que celle-ci fut élevée alors que le contraire s'observe lorsque le muscle entre en contraction.

M. QUINQUAUD remet une note de M. Artaud (de Lyon) sur la *pathogénie des névrites périphériques*.

M. OFCHANOWSKI lit une note relative à l'*influence de l'écorce cérébrale sur la dilatation de la pupille.*

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. LEFOUR (de Bordeaux), lit un travail intitulé : *De la rétention d'urine chez le fœtus, avec perméabilité du canal de l'urèthre.* Le tronc d'un fœtus à terme se présentant par le sommet ne peut être expulsé. Après avoir reconnu la nature de l'obstacle, M. Lefour ouvre la poitrine du fœtus mort depuis quelques heures et ponctionne la vessie à travers le diaphragme ; il s'écoule 1.600 grammes environ. L'un des uretères étant lié, l'air insufflé et l'eau injectée par l'uretère du côté opposé s'échappent par le méat urinaire. Par le cathétérisme, on pénétrait aisément dans la vessie. Le canal de l'urèthre était donc perméable. En outre, du côté de la vessie, la distension est plus grande, la couche musculaire moins épaisse, la circulation artérielle bien moins riche que du côté gauche. La possibilité d'une rétention d'urine avec perméabilité du canal de l'urèthre étant établie, l'accoucheur doit, quand l'enfant est vivant, essayer de ponctionner la vessie avec le trocart capillaire.

M. THOINOT fait une communication sur *la présence du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau de la Seine à Ivry*, qu'il résume dans les considérations suivantes : Dans l'eau de Seine recueillie à Ivry, presque au point même où la machine élévatrice puise pour le service de Paris, on rencontre le bacille de la fièvre typhoïde. Dès à présent, on est autorisé à dire que l'eau d'Ivry n'a pas les qualités d'une eau potable. Autrefois, on pouvait croire que, puisée en amont de Paris, elle présentait quelques garanties et pouvait, au besoin, constituer un élément d'échange avec l'eau de la Vanne. On voit qu'il est bien loin d'en être ainsi.

M. LABORDE fait une lecture sur un mémoire intitulé : *Recherches et expériences sur deux suppliciés. Contractions et mouvements provoqués de l'estomac dans ses diverses régions. Rappel des contractions rythmiques de l'oreillette droite.* Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Mathias Duval et Luys.

M. NICOLAS fait une communication sur *l'eau potable dans les chantiers de Panama.* Toutes les eaux potables de l'isthme de Panama étant contaminées ou suspectes, M. Nicolas entreprit la tâche de les purifier. A cet effet, il les filtra en se servant des appareils de MM. Chamberland et Maignen.

Suite de la discussion sur l'inspectorat des eaux minérales. — M. CONSTANTIN PAUL se propose de défendre non l'inspectorat, mais les inspecteurs, qui ne sauraient être rendus responsables de toutes les imperfections inhérentes à leur situation actuelle. Les inspecteurs se lassent de réclamer contre les régisseurs et les fermiers, parce que les préfets, les conseils municipaux les abandonnent comme l'administration centrale. C'est également à tort qu'on leur reproche de ne pas soigner les indigents. En outre, les inspecteurs ont publié des mémoires fort intéressants et d'un réel intérêt scientifique sur l'hydrologie. Les bulletins de la Société d'hydrologie en font foi. Abordant la question

des réformes proposées, M. C. Paul estime que l'institution d'une commission élue implique une responsabilité collective, ce qui supprime, en réalité, tout contrôle sérieux. L'institution d'un inspectorat régional lui parait impossible à appliquer, car elle est en désaccord avec les faits pratiques. M. C. Paul déclare qu'il convient de maintenir les inspecteurs résidents, en leur concédant des pouvoirs plus étendus, en les soutenant contre les intérêts communaux. Toutefois, les inspecteurs-adjoints devraient être nommés par le ministre.

M. Tillaux vient réfuter les arguments formulés par M. Rochard contre l'inspectorat, en précisant le rôle efficace joué par les inspecteurs vis-à-vis des indigents et des compagnies fermières, et en pensant que les rapports scientifiques des inspecteurs ont contribué à faire progresser l'hydrologie française. L'inspectorat local et permanent est le seul qui puisse exercer une surveillance médicale et administrative efficace et continue; sa suppression, fâcheuse pour les grandes stations, serait un malheur pour les petits établissements. Le jour où l'Académie protègera les inspecteurs, elle aura résolu le problème relatif à la prospérité des eaux minérales françaises. Ce jour-là, l'Académie prendra sous son patronage les inspecteurs qui auront à tâche de se signaler par des travaux sérieux et par une pratique sévère. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 3 décembre. — Présidence de M. Cornil.

1. Polypes cancéreux de l'utérus ; propagation à l'ovaire gauche et aux ganglions du même côté ; péritonite chronique ; abcès ; péritonite suraiguë, mort, par E. Graverry, interne des hôpitaux.

La nommée N...., Joséphine, domestique, âgée de 52 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, n° 13, le 14 novembre 1886, pour une maladie de l'utérus. Cette femme est malade depuis quatre ans. Au début elle ressentait de la gêne dans le petit bassin, de la douleur et elle était sujette à des pertes fréquentes et abondantes. M. Després, qui la vit en ville, l'examina au spéculum et diagnostiqua des fongosités utérines, c'est-à-dire des polypes vasculaires. Il gratta alors la cavité du col, par lequel sortaient ces fongosités, afin de les enlever le plus profondément possible. La malade se trouva mieux pendant quelque temps ; mais les pertes ne tardèrent pas à reparaître et à se reproduire avec la même fréquence. M. Després gratta une seconde fois le col de l'utérus. Néanmoins trois ans après le premier grattage, la malade entre à la Charité, dans le service de M. Després, à cause des mêmes accidents. Chez cette malade, l'adipose est généralisée ; les parois abdominales paraissent doublées d'une énorme couche de graisse; l'obésité est considérable. Elle a cependant perdu un peu l'appétit depuis quelques jours. Mais elle ne présente aucun signe de cachexie cancéreuse. Nous insistons sur ce point, à savoir que la malade n'a pas maigri, qu'elle a conservé tout son embonpoint, parce que l'examen au spéculum fait reconnaître des lésions qui rappellent tout à fait le cancer de l'utérus, mais avec une forme spéciale. En effet, le col est gros, violacé, entrouvert, et il livre passage à des fongosités nombreuses, mollasses, sanieuses et saignant au moindre contact. M. Després en retire avec le doigt afin de les soumettre à l'examen microscopique. Leur odeur est fétide et rappelle absolument celle que l'on observe dans les cas de cancer de l'utérus. En même temps, on constate, par la palpation, dans la fosse iliaque gauche, une masse arrondie, dure, immobile, et paraissant cependant reliée à l'utérus (ce que l'on peut facilement reconnaître par la palpation combinée au toucher vaginal). Cette masse n'est nullement fluctuante ; mais elle est douloureuse à la pression.

Le 23 *novembre*, la malade est prise de diarrhée; le lendemain à quatre heures du soir, elle se plaint d'oppression et de douleurs dans tout l'abdomen. En même temps, la douleur s'accroît et devient presque intolérable au niveau de la tumeur de la fosse iliaque gauche. La mort arrive dans la nuit.

Le 26 *novembre*, nous pratiquons l'autopsie. Après avoir incisé, sur la ligne médiane, la paroi abdominale qui est doublée d'une couche adipeuse épaisse de trois doigts environ, nous découvrons les intestins à peine distendus par des gaz. Mais leur surface se présente avec des caractères particuliers : coloration rouge, état granuleux, accolement des anses intestinales entre elles, qui indiquent que la malade a succombé à une péritonite suraiguë. Nous trouvons du pus au-dessous du foie. Nous découvrons ensuite la masse qui siège dans la fosse iliaque. Nous la trouvons adhérente en haut avec les anses intestinales, auxquelles elle est reliée par les fausses membranes. Elle adhère également à la paroi abdominale. En cherchant à rompre ces adhérences, nous déchirons des fausses membranes, nous faisons sourdre une assez grande quantité de pus, et nous tombons dans une cavité anfractueuse remplie de pus. Il s'agissait là évidemment d'un abcès, d'une péritonite chronique suppurée et enkystée. C'est la rupture de cet abcès qui avait évidemment donné naissance à la péritonite suraiguë, laquelle fut la cause de la mort. Nous continuons à décoller la tumeur avec la main; puis nous sectionnons transversalement le vagin, et nous enlevons en un seul bloc les organes génitaux internes avec la tumeur et une partie de l'S iliaque à laquelle elle est adhérente.

L'utérus est considérablement augmenté de volume. En le sectionnant dans sa longueur, nous mettons à nu sa surface interne qui est complètement tapissée par une couche de végétations cancéreuses dont l'épaisseur varie de un à deux centimètres. Toute la surface interne de l'utérus est envahie par cette néoformation : aucun point de la muqueuse n'est indemne. Sur la surface externe, au niveau du fonds de l'utérus, nous constatons une petite bosselure du volume d'une bille. Nous l'incisons; sa coupe est blanchâtre ; il s'agit probablement là d'un petit corps fibreux interstitiel déjà dégénéré. L'ovaire droit est sain. Du côté gauche, il est impossible de retrouver l'ovaire dans la masse qui surmonte l'angle de l'utérus. On trouve sur le côté droit de cet organe, vers son tiers supérieur, une masse arrondie du volume d'un œuf de pigeon. Sa consistance est mollasse; sa surface de section est blanchâtre. Il s'agit là d'un ganglion cancéreux ramolli. Enfin plus en arrière, et surmontant ce glanglion dégénéré, se trouve une masse irrégulière formée de fausses membranes reliant ce ganglion et l'utérus lui-même à l'S iliaque. C'est dans cette masse que se trouve la cavité de l'abcès. Signalons en terminant l'énorme couche graisseuse qui recouvre l'S iliaque, ainsi que le développement considérable de ses appendices épiploïques.

En résumé, cette observation montre la transformation possible des fongosités utérines, des polypes vasculaires de l'utérus, en cancer. Dans ce cas il y a eu conservation complète sinon de la santé, du moins de l'embonpoint. De plus, M. Després estime que cette forme de cancer n'aurait pas amené aussi rapidement la mort (la transformation cancéreuse ne s'étant faite que depuis six mois environ), s'il n'était survenu une péritonite suraiguë consécutive à la péritonite chronique suppurée et enkystée, laquelle était due à la propagation du cancer aux organes et qui s'est rompue.

M. Cornil pense que la tumeur est constituée probablement par un *épithélioma à cellules cylindriques.* On peut supposer que les parties enlevées, il y a trois ans, étaient déjà épithéliomateuses. Le diagnostic histologique entre l'épithélioma à cellules cylindriques et l'hypertrophie glandulaire des polypes muqueux est en effet souvent très difficile sur de petits fragments.

2. Rupture traumatique du foie ; par E. Graverry, interne des hôpitaux.

Un facteur des postes, âgé de 26 ans, est renversé le 1er décembre 1886 par un omnibus, à minuit. On l'apporte à la Charité, salle Saint Jean, n° 18. Il était sans connais-

sance; les téguments sont pâles, décolorés, couverts de sueur. Les pupilles sont contractées, surtout la pupille droite. Aucune ecchymose ; aucune trace de contusion.

Il meurt au bout d'une heure. Le 3 décembre, à l'autopsie, on trouve un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale. Le foie présente une profonde déchirure à sa face inférieure, suivant l'insertion du ligament falciforme et intéressant le lobe de Spiegel en arrière. Le foie aura été pressé dans sa chute. Le siège de cette déchirure n'est pas la règle, car il est dit que les ruptures du foie ont généralement lieu au niveau des ligaments suspenseurs. Il n'y a pas d'autres ruptures viscérales. L'oreillette gauche présente une ecchymose; il y a en outre de la symphyse cardiaque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. VERNEUIL dépose sur le bureau les œuvres de M. le Dr de Roubaix (de Bruxelles).

M. POLAILLON dépose sur le bureau la traduction du livre de chirurgie orthopédique de Sayre par le Dr Thorens.

M. TERRIER, à propos du procès verbal, fait d'une façon absolument complète l'*historique de l'anesthésie dans la trachéotomie.* Il cite tous les mémoires publiés à l'étranger et en France sur cette question, les thèses soutenues à la Faculté de Paris, etc. D'autre part, il insiste sur ce fait, à savoir que beaucoup d'auteurs ont depuis longtemps mentionné que l'administration du chloroforme dans les cas d'asphyxie spasmodique diminue l'asphyxie. Il a envisagé cette question aussi bien au point de vue de la trachéotomie chez l'enfant que chez l'adulte. Dès 1855, Chassaignac s'était occupé de cette question, ce qui prouve que l'emploi de l'anesthésie dans la trachéotomie remonte assez haut pour que les chirurgiens s'intéressent à cette question d'historique pure.

M. TERRIER fait un rapport sur un fait très intéressant et presque unique dans la science, dont l'histoire a été adressée à la Société par M. le Dr Defontaine (du Creusot). Il s'agit d'une *ankylose osseuse du coude*, rectiligne, pour laquelle on a fait une *ostéotomie trochléiforme*. Le malade avait eu une fracture du coude, puis une ankylose rectiligne de l'avant-bras sur le bras, avec subluxation du radius en avant. On lui fit une ostéotomie trochléiforme (trait de scie concave en haut) au lieu de pratiquer la résection typique du coude, puis appliqua un appareil immobilisateur permettant de suite la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras. 3 mois après l'opération, cet homme pouvait soulever avec le membre malade cinq kilos à bras tendu, et un an après l'opération dix kilos. Actuellement (M. Defontaine montre alors le malade en question aux membres de la Société), il a des mouvements de flexion très accentués et peut mettre l'avant-bras en extension presque complète. M. Defontaine, dans cette opération, n'a employé ni drainage, ni suture. M. Terrier pense que le drainage n'est pas contre indiqué, à condition d'être bien fait; cette opération a donné un résultat certainement plus favorable que ne l'aurait fait la résection du coude typique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'est pas de cet avis. La section du coude aurait donné dans ce cas un très bon résultat, la cicatrisation aurait été plus rapide. Quand on pratique des résection du coude pour des difformités (résections orthopédiques) chez de jeunes sujets, on obtient toujours après l'opération une bonne néoarticulation permettant la totalité des mouvements. L'opération de M. Defontaine a le tort d'être complexe. Il ne faut pas croire d'autre part que moins on altère une articulation, plus on a de chances d'avoir une nouvelle articulation à fonctions parfaites.

M. TERRIER. L'opération faite par M. Defontaine n'est pas si compliquée que le croit M. Lucas-Championnière.

M. SEGOND lit une observation de *kyste hydatique de la face convexe du foie partout recouvert par de la substance hépatique et opéré par la méthode de Lindemann-Landau* (kyste intra-hépatique). Il s'agissait d'un jeune pâtissier, âgé de 15 ans ; on était sur le point de faire une ponction exploratrice ou plutôt vérificatrice du diagnostic lorsque l'enfant fut pris de vomique (pus avec hydatides) et de phénomènes fébriles. L'opération de Lindemann-Landau fut faite sur le champ sans ponction préalable. Il survint deux complications : une broncho-pneumonie et un érysipèle. Cependant le malade guérit. Un trajet fistuleux persista longtemps. M. Segond explique pourquoi il en fut ainsi : la cicatrisation du trajet fistuleux était rendue difficile par les mouvements du thorax pendant la respiration. Des brides cicatricielles en effet existaient à ce niveau et étaient disposées de telle sorte qu'à chaque inspiration ou expiration la fistule s'ouvrait ou se fermait. L'immobilisation du thorax après cautérisation du trajet fistuleux amena rapidement la guérison. M. Segond insiste en outre sur la résection des parois de la poche kystique et du tissu hépatique recouvrant sa face antérieure. Il conclut que cette résection de tissu hépatique ne doit être faite que si la couche de parenchyme placée en avant du kyste est d'une même épaisseur. La résection partielle des parois pour lui n'abrège pas beaucoup la durée de la cicatrisation, mais permet de ramener autant que possible, au niveau de la plaie antérieure, la paroi postérieure du kyste, ce qui facilite beaucoup le drainage de ce qui reste de la cavité kystique. Ce qui prouve les avantages du procédé de Landau, c'est que le soir, avant l'opération, le malade avait 40° de température et que le lendemain il n'avait plus que 37°. (Voir page 293).

M. RECLUS pense aussi que la résection partielle des parois kystiques et du foie n'active pas beaucoup la guérison. Il est d'avis que les intestins refoulent vers la plaie extérieure la paroi postérieure du kyste, ce qui explique pourquoi l'écoulement des liquides se fait facilement, même sans résection des parois.

M. PONCET lit une observation *de greffe par approche faite pour un ulcère de la jambe droite.* Il avait à traiter un ulcère rebelle de la jambe droite, à bord calleux, indurés, entouré d'une auréole cicatricielle. Le péroné était raccourci et le pied droit atrophié. Il résolut d'employer la greffe par approche et plaça le talon en contact avec une fesse. Lambeau fessier de 12/15 cent. Excision des tissus voisins des bords de l'ulcère. Pédicule sectionné en deux fois après soudure du lambeau. L'examen de la sensibilité du lambeau transplanté, huit jours après l'opération, montre qu'il y a eu régénération très rapide des fibres nerveuses. M. Poncet montre que les succès de ce genre, difficiles à obtenir autrefois, sont dus, en grande partie, à l'antisepsie.

ELECTION. — Sont nommés membres de la commission destinée à examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire : MM. Tillaux, 17 voix ; Kirmisson, 17 voix ; Segond, 18 voix. (29 votants ; majorité, 10.) MARCEL BAUDOUIN.

REVUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

I. La véritable raison de l'emploi des électrodes humides dans la faradisation cutanée ; par le Dr CARL LAKER, de Vienne. (*Deut. Archiv. für* XXXIX vol).

II. Note sur le Franklinisme en électro-diagnostic ; par le Dr RICARDO-JORGE (de Porto). — Résumé.

III. Etudes expérimentales sur le magnétisme du sang ; par les Drs MAGGINI et A. MAGGIORANI. (Résumé d'une note envoyée par les auteurs).

I. Les traités d'électrothérapie répètent à l'envi que les électrodes humides ont pour but et pour effet l'imbibition de l'épiderme et, par suite, la diminution de sa résistance ; en sorte que le courant au lieu de pénétrer par quelques points seulement et de se subdiviser en un petit nombre de courants de très grande densité, pénètre uniformément par une surface égale à celle de l'électrode. L'auteur montre, à l'aide de quelques expériences simples et ingénieuses, que l'eau de l'électrode ne produit pas cet effet en rendant l'épiderme plus conducteur, mais simplement en établissant avec lui un meilleur contact. Rappelons à ce propos que, pour la propagation de l'électricité, la contiguité, si exacte qu'on la suppose entre deux surfaces conductrices, n'équivaut jamais à la continuité de substance. On obtient artificiellement la continuité, dans les

expériences d'électricité, par l'interposition d'un liquide conducteur capable de mouiller les surfaces qu'il s'agit de réunir, par exemple, le mercure pour le cuivre rouge, etc. Tel est le rôle de l'eau dans les électrodes humides.

II. L'auteur constate que l'électricité statique (ou Franklinisme) se trouve décidément réintégrée dans la thérapeutique, grâce à l'exemple donné par la Salpêtrière. Il pense qu'elle a aussi sa place marquée en matière de diagnostic. Déjà, M. R. Vigouroux, dans une note du 3e volume des leçons de M. Charcot (1883) mentionne le fait de muscles inexcitables aux deux courants, mais présentant encore ce qu'il appelle la réaction franklinienne et insiste sur l'importance que l'électricité statique peut avoir en électro-diagnostic. Peu de temps après, M. Jolly, de Strasbourg, s'occupe du même sujet. L'idée en était venue séparément à M. Ricardo Jorge ; il a étudié l'action de l'étincelle électrique sur les muscles dégénérés dans un cas de paralysie faciale périphérique. Il a vu que la réaction franklinienne était la dernière à disparaître et la première à reparaître, après toutefois les premiers indices du retour du mouvement volontaire. Dans un cas de lèpre atrophique où tous les muscles innervés par le cubital étaient atteints, ceux de l'hypothénar, inexcitables depuis deux ans par les courants faradique et galvanique répondaient encore à l'étincelle. M. Jorge admet, quant à la réaction franklinienne, deux ordres de faits : d'abord les atrophies lentes où cette réaction persiste en s'affaiblissant après la disparition graduelle de l'excitabilité faradique et galvanique ; ensuite, les cas d'atrophie dégénérative où la réaction franklinienne a son évolution propre, en sorte qu'il conviendrait d'ajouter pour elle une troisième ligne au schéma classique de Erb. Les observations de ce genre, dit M. Jorge, sont relativement grossières ; les machines électriques sont capricieuses; il est difficile de graduer leur force, impossible de la mesurer. Nous sommes en mesure d'annoncer que ces desiderata sont bien près d'être satisfaits.

III. MM. Maggini et A. Maggionari ont eu pour but principal l'étude des modifications apportées dans les propriétés magnétiques du sang ou de l'animal entier par l'introduction de diverses substances toxiques ou médicamenteuses. Ils ont, en outre, examiné au point de vue magnétique quelques eaux minérales d'Italie. La disposition générale de leurs expériences est celle de Faraday : le corps à examiner, solide ou liquide, contenu dans un tube fusiforme de verre, est suspendu entre les pôles d'un électro-aimant. Les précautions convenables sont prises pour éviter les causes d'erreur : fil sans torsion, cloche de verre contre l'agitation de l'air, etc. Un carton blanc, portant un arc de cercle divisé, est placé derrière le corps, de façon que l'on puisse en mesurer le déplacement. La pile de l'électro se compose de deux grands bunsen dont les liquides sont renouvelés tous les jours. Un galvanomètre et un interrupteur se trouvent dans le circuit. Avant d'entrer dans le détail des expériences, il peut être utile de rappeler quelques notions. Un corps placé dans un champ magnétique, c'est-à-dire entre les pôles d'un aimant, tend à se déplacer ou non. Dans ce dernier cas, il est neutre, indifférent ou *amagnétique*. Le déplacement, s'il a lieu, peut se faire dans deux directions : l'axe du corps examiné se dirige suivant la ligne qui réunit les pôles ; le corps est dit alors *paramagnétique* ou simplement magnétique. Ou bien il prend une direction équatoriale, perpendiculaire à cette ligne, le corps est *diamagnétique*. Le type des corps magnétiques est, comme on le sait, le fer. Appartiennent à cette classe un certain nombre de métaux : nickel, cobalt, manganèse, etc., et leurs sels. Les corps diamagnétiques sont, en première ligne : le bismuth et quelques métaux, antimoine, zinc, or, etc., puis les métalloïdes et leurs composés, les matières organiques en général et tous les gaz, sauf l'oxygène qui est franchement magnétique.

a) *Sang normal*, liquide ou desséché. Il est diamagnétique, ainsi que l'avait constaté Faraday. Le diamagnétisme diminue après les hémorrhagies graves. Dans ces expériences, comme dans toutes les autres, les auteurs ont toujours vérifié préalablement les propriétés magnétiques des tubes de verre. Certaines qualités de verre contiennent du fer qui le rend magnétique.

b) *Action des alcaloïdes sur l'état magnétique du sang.* 1° *Sulfate d'atropine* (neutre). Deux centigrammes de ce sel furent injectés dans la cuisse d'un petit chien terrier. Dix minutes après, vomissements, mouvement de manège, hypéresthésie, puis paraplégie flasque. A ce moment, le sang noirâtre, fluide, était franchement paramagnétique, tandis qu'avant l'injection il était diamagnétique. La même injection sur deux autres chiens n'a fait que diminuer le diamagnétisme normal du sang.

2° *Sulfate de quinine*. Trois petits chiens reçurent chacun environ deux grammes de sulfate de quinine dans une solution acidulée avec l'acide tartrique. Le sang recueilli peu après d'une incision cutanée montrait une légère augmentation de diamagnétisme. Il était aussi plus coagulable. Chez un quatrième chien, il n'y eut pas de modification sensible.

3° *Strychnine*. Dix centigrammes de strychnine pure dans une solution aqueuse alcoolisée sont injectés sous la peau d'un petit chien. Mort en six minutes après trois attaques d'opisthotonos. Le sang recueilli avant la mort est un peu moins diamagnétique.

4° *Triméthylamine*. La solution aqueuse à 118 milligrammes par centimètre cube est un peu moins diamagnétique que l'eau distillée. On injecte à un petit chien une quantité de cette solution représentant 59 milligrammes de substance active. Vomissements répétés. Le sang est un peu plus diamagnétique. Même résultat dans deux autres expériences semblables.

c) *Acide carbonique*. Un pigeon est asphyxié au moyen de l'acide carbonique. Après la mort, le diamagnétisme du sang est très diminué. En battant le sang à l'air, on le fait revenir à son degré diamagnétique normal. L'expérience est répétée sur huit pigeons avec le même résultat.

d) *Influence de la température.* 1° *L'eau distillée* très chaude est moins diamagnétique qu'à la température de l'atmosphère. En se refroidissant, elle revient graduellement à son degré diamagnétique normal. 2° La *terre de Nocera* (argile plastique) délayée avec de l'eau distillée bouillante perd de son paramagnétisme. 3° Une solution aqueuse bouillante d'*acide urique* (provenant de l'urine humaine) est fortement paramagnétique. Par le refroidissement, elle devient diamagnétique. Si on la chauffe de nouveau, le paramagnétisme reparait.

e) *Eaux minérales*. Les auteurs ont examiné les propriétés magnétiques d'un certain nombre d'eaux minérales et boues et leur action sur le diamagnétisme du sang des grenouilles après immersion de 20 à 30 minutes. Les eaux minérales ont été trouvées amagnétiques, diamagnétiques et paramagnétiques. On peut résumer le résultat de ces expériences en disant que la modification magnétique apportée au sang des grenouilles était celle qu'aurait produite le mélange direct avec l'eau minérale. R. V.

CORRESPONDANCE

Laïcisation des Hôpitaux.

Voici la lettre de M. le Dr A. Després, dont nous avons parlé et qui ne nous est parvenue que dans la soirée du 31 mars :

Monsieur le Directeur du *Progres medical* (*sic*),
30 mars 1887.

Monsieur le Directeur,

Dans le dernier numéro du *Progrès médical*, M. Bourneville se s'ert à mon egard du gros mot de calomnie Je connais ce genre de raisonnement c'est celui des plaideurs lorsqu'ils ont à repondre à des temoins qui ne leur sont pas favorable (*sic*), et je passe.

Une suppléante *n'a pas accepte*, *à decline l'offre*, *à refuse*, suivant le gout des lecteurs, d'aller dans un service d'enfants, voila le fait. A-t-elle dit cela le matin le soir, un jeudi ou un samedi ? C'est ce que je ne sais pas, et cela importe peu. Ce que je répete, c'est que quand on dit à une sœur d'aller dans un de ses services, elle y est rendue dans les 24 heures.


PASTILLES GÉRAUDEL
(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)
Agissant par Inhalation et par Absorption
Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.
Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.
Les Pastilles Géraudel ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.
Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.
Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.
Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.
Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.
En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.
PASTILLES GÉRAUDEL
MARQUE DÉPOSÉE
Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.
Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.
L'ÉTUI : 1f50 DANS TOUTES PHARMACIES
Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur
A. GÉRAUDEL
Pharmacien à Ste-Ménehould (Marne)
(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

Le reste de l'article de M. Bourneville renferme des assertions qui méritent d'etre contrôlés (*sic*). M. Bourneville ne cesse de parler des hopitaux laïques étrangers. Combien de fois faudra t-il repeter qu'en Turquie pays Mahometan qu'a Amsterdam pays protestant les hopitaux sont desservis par des religieuses catholiques apostoliques et romaines. Mais il est necessaire aussi de rappeler que si l'on a été obligé, en 1866, de venir chercher a Paris des infirmières laïques pour soigner les choleriques dAmiens, lon n'a pas songé un moment a demander des sœurs hospitalieres, parce quelles y allaient seules. 7 sœurs de Charite y compris la sœur Puybaraud y sont mortes une à une du cholera, et ont été immédiatement remplacés (*sic*) sans bruit et sans éclat. On ne prouve rien M. le Redacteur en voulant trop prouver, et s'il est mort plus d'infirmieres que de sœurs dans les services d'enfants diphthéritiques, c'est qu'il y a dans ces hopitaux trois fois plus de serviteurs que de sœurs hospitalieres.

M. Bourneville qui s'est taillé à l'hospice de Bicêtre, grace (*sic*) aux votes du Conseil municipal et à la bienveillance de l'administration, un service monumental qui coute (*sic*) des millons (*sic*), et quil (*sic*) n'aurait jamais obtenu sil n'avait pas été conseiller municipal, pourrait se contenter ce me semble de ce privilege excessif, et il devrait, en verité, laisser les autres hopitaux et leurs services tranquilles.

Mais il en est à cequil (*sic*) parait, de certains hommes comme de ces etres inférieurs tels que le Termite qui ne vit que pour la ruine du milieu ou (*sic*) il trouve un abri. Logé dans la coque du navire il se nourrit de son meilleur bois et sy creuse des sillons commodes, jusqu'au jour où les solives reduites à leur enveloppe craquent de toute part et entrainent un naufrage inattendu. Et comme le Termite a le privilege de vivre partout il surnage avec quelques debris et va chercher ailleurs un autre navire à perdre

Veuillez agreer etc. D[r]. Armand DESPRÉS.

Plus de CINQUANTE FAUTES d'orthographe, M. Després, sans compter l'absence presque complète de ponctuation, voilà pour la forme ! Examinons le fond.

M. Després nous reproche de l'avoir accusé de calomnie et, au lieu d'apporter des *preuves* à l'appui du fait grave dont il charge à tort M[me] D..., il s'est rendu coupable d'une seconde calomnie relativement à M[lle] H... : l'une et l'autre, nous le répétons, se sont conformées aux ordres de l'Administration.

Lorsque M. Peyron a laïcisé l'hospice des Enfants-Assistés le 1[er] avril 1886 et l'hôpital des Enfants-Malades le 28 octobre de la même année, a-t-il éprouvé la moindre difficulté ? Non ; il n'a eu que l'embarras du choix, comme il l'a présentement pour la laïcisation de l'hôpital Trousseau. L'une des premières qualités des laïques, c'est l'obéissanee absolue aux ordres de l'Administration, aux prescriptions et aux conseils des médecins, et nous serions le premier à réclamer l'abaissement de grade de la surveillante qui refuserait de se rendre au poste qui lui est assigné, la révocation en eas de récidive.

M. Després vante l'obéissance des Religieuses. Il a parfaitement raison s'il veut parler de leur obéissance envers leur Supérieure ou leur Directeur de conscience ; mais il est complètement dans l'erreur, et il le sait, s'il s'agit de l'obéissance aux ordres des administrateurs, aux prescriptions des médecins. La Colleetion des documents qui concernent l'Hôtel-Dieu, les Registres des délibérations des membres du Bureau de l'Hôtel-Dieu fourmillent de plaintes des administrateurs, portant précisément sur le refus d'obéissance des Religieuses (1).

Pourquoi les sœurs de St-Thomas de Villeneuve ont-elles quitté la Pitié ? pour refus d'obéissance. — Lorsqu'en 1879 la supérieure des sœurs de l'hôpital Trousseau est partie sans prévenir ni le directeur de l'hôpital, ni le directeur de l'Assistance publique, elle a certes fait preuve d'obéissance envers son supérieur religieux, mais non envers l'Administration. A quoi bon d'ailleurs insister : il n'est pas un médecin, pas un administrateur, un peu expérimenté, qui ne possède par devers lui de nombreux exemples du sans-gêne des Religieuses pour leurs ordres ou leurs prescriptions.

M. Després estime que *nos assertions* concernant les hôpitaux étrangers méritent d'être *contrôlées* (au féminin et non au masculin, M. Després). Il est allé à Londres et il a pu constater que presque tous les hôpitaux étaient confiés à des laïques, instruites avec le plus grand soin dans des Ecoles annexées aux hôpitaux. En Portugal, il n'y a pas une seule congrégation religieuse. En Russie, les hôpitaux, au dire des médecins russes que nous avons interrogés, sont exclusivement dans les mains des laïques et ce fait nous a été confirmé par M. Charcot, par MM. Budin, Blanchard, Regnard qui les ont visités. Aux Etats-Unis, en Suisse, en Allemagne, la plupart des établissements hospitaliers ne possèdent que des laïques et, dans tous ces pays, il y a des écoles professionnelles d'infirmières. Même ehose à Vienne, la capitale de la catholique Autriche. Tout le monde, sauf M. Després, sait que le prince Rodolphe a donné son nom à une importante institution chargée de fournir à ce pays de bonnes infirmières laïques (1).

Voilà ce que nous ont appris nos amis, les journaux de médecine étrangers et notre expérience personnelle. M. Després trouvant sans doute que les pays cités par nous n'ont qu'une médiocre importance, nous oppose la « Turquie pays mahométan, » et « Amsterdam pays protestant, » dont « les hôpitaux, » affirme-t-il avec son assurance habituelle, « sont desservis par des religieuses eatholiques apostoliques et romaines. »

Nos lecteurs penseront sans doute que M. Després a eu une singulière idée de choisir la Turquie comme un modèle d'organisation hospitalière. D'après M. P. Aubry « chargé d'une mission seientifique par le ministre de l'instruction publique », à l'ambulance militaire de Yildiz, le service est fait par 60 infirmiers dirigés par 8 caporaux et 3 sergents ; — à l'hôpital militaire d'Haider-Pacha, qui contient 950 lits, le service est fait par 347 infirmiers dont 32 caporaux ; — à l'hôpital central de la marine impériale les infirmiers sont des soldats ; — à l'hôpital civil Hasseki les infirmières sont toutes musulmames ; — à l'hôpital municipal (40 lits) le service est fait par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Il ressort de ces renseignements que le rôle des religieuses est bien minime et que dans les hôpitaux militaires et de la marine le service est fait par des laïques, Passons maintenant à Amsterdam.

Il existe à Amsterdam deux hôpitaux municipaux eontenant environ 900 malades et dont le service, nous assure M. le D[r] Thijssen, est entièrement fait par des laïques ; l'hospice des israélites, subventionné par la ville, est également confié à des laïques israélites. Il existe aussi, à Amsterdam, trois maisons de santé particulières ; dans deux de ces maisons, le service est fait par des laïques ; dans la troisième, il y a 80 lits, 40 pour les malades payants, 40 pour les pauvres, et le service est fait par TRENTE *religieuses*, soit une religieuse pour moins de trois malades. En général, tous les établissements hospitaliers des Pays-Bas, entretenus par l'Etat ou par les villes, nous écrit notre honorable correspondant, sont confiés à des laïques, sauf l'hôpital municipal de Maëstricht.

Parlant des infirmières laïques de la Salpêtrière qui sont allées soigner les eholériques d'Amiens, M. Després insinue qu'il n'y a pas grand mérite à eela car « on n'a pas songé un moment à demander des sœurs hospitalières, parce qu'elles y allaient seules. » Elles y allaient, au contraire, si peu et les maisons-mères paraissaient si peu désireuses d'envoyer des religieuses que la municipalité a dû faire appel à l'Assistance publique de Paris. Les internes des hôpitaux de Paris (1) y sont allés, eux aussi, sur la demande de la ville d'Amiens, parce que le nombre des médecins était *insuffisant*. M. Després ne fera croire à personne que les nombreuses congrégations d'Amiens n'avaient plus de religieuses soit dans les couvents de la ville même, soit dans leurs trop nombreuses succursales.

M. Després reconnaît qu'il est mort plus de laïques que de religieuses du croup ; la raison en est, dit-il, qu'il y a dans les hôpitaux d'enfants « *trois fois plus de serviteurs* — lisez infirmières laïques — que *de sœurs hospitalières.* » Nous le remercions d'avoir relevé cette proportion et notre statistique avait précisément pour but, de vulgariser ce fait trop peu connu. Nous ajouterons aujourd'hui que, d'après le budget de l'Assistance publique pour l'année 1877, c'est-à-dire avant les laïcisations qui ont tant ému la bile de M. Després, on comptait dans les hôpitaux et hospiees de Paris 2,939 surveil-

(1) Voir le *Progrès méd.* 1886 et 1887, *passim.*

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, p. 601, 681, 746, 789, 831.

lants, sous-surveillants des deux sexes, infirmiers et infirmières laïques et *seulement* 479 *religieuses*. Ce qui veut dire que la plus grande somme de soins donnés aux malades l'étaient déjà par les *laïques*.

Nous laisserons de côté aujourd'hui les deux derniers paragraphes, dont le premier est relatif au service des enfants de Bicêtre : M. Després ne perdra rien pour attendre, qu'il en soit bien persuadé, et nous nous bornerons à signaler en terminant la découverte, qu'il vient de faire, d'une métamorphose inconnue des naturalistes. Suivant l'histoire naturelle de M. Després, le *taret* s'est fait *termite* (combien il serait désirable que M. Després l'imitât !) ; un *mollusque* — le taret — s'est transformé en *névroptère* et ce névroptère, ce termite ou *fourmi blanche*, est devenu capable de vivre *partout*, même au sein de la mer ! !

Comme on le voit, les connaissances de M. Després en administration et en histoire naturelle sont en harmonie avec celles qu'il possède soit en hygiène — on sait qu'il préfère les eaux sales de la Seine aux eaux de source ; — soit en thérapeutique chirurgicale — tout le monde connaît ses préférences pour les *pansements sales* qui augmentent la mortalité des opérés et son dédain pour les *pansements antiseptiques* qui économisent la vie humaine.

B.

THÉRAPEUTIQUE

La Pancréatine dans l'entéro-colite chronique endémique des pays chauds (1).

Par le Dr E. BERTRAND, professeur à l'école navale de Brest.

La pancréatine est entrée dans le traitement de l'entéro-colite chronique des pays chauds, en 1878, à la suite des essais que le professeur Bertrand entreprit à Saint-Mandrier et du mémoire qui les fit connaître (2).

C'est parce qu'il avait été témoin des échecs fréquents de la pepsine que, voulant transformer à l'aide d'un agent intestinal des substances qui comme le lait sont *principalement* digérées dans l'intestin, il eut l'idée de recourir à ce ferment digestif.

La constatation des lésions du pancréas dans la diarrhée endémique, faite par MM. Layet, Talairach, Lenoir, Laitière, Barrallier, Quétand et Bosch et par lui-même, confirma son espoir en l'heureuse issue de cette tentative à laquelle l'épreuve clinique répondit par des résultats qui, certes, ne furent pas un insuccès.

Trois malades couchés dans les lits nos 21, 22 et 30 furent choisis parmi ceux dont les selles, mal liées et incomplètement digérées en apparence, offraient, au microscope, le plus de résidus intacts. Plusieurs médications venaient d'être instituées, sans que la moindre amélioration s'en fût suivie pour eux. On prescrivit la pancréatine avec le régime lacté pur ou mixte, et, pour que l'expérience fût concluante, on supprima toute espèce de traitement pharmaceutique autre que celui-là.

Le travail de quelques pages qui fut écrit à cette occasion appréciait ainsi les effets de la thérapeutique en question :

« Il me paraît ressortir des observations précédentes que, sous l'influence du traitement, quelque court qu'il ait été :

1° L'aspect des déjections s'est heureusement modifié chez les numéros 30 et 22. Elles sont devenues, de jour en jour, plus homogènes, mieux liées, colorées uniformément. Leur piqueté a disparu ; elles ont cessé d'être mousseuses. Il n'en a pas été de même chez le n° 21, dont les selles deviennent, notamment le 29 janvier, plus abondantes, plus claires, entièrement liquides, tout en restant spumeuses. Le microscope nous donne la raison de ce fait en nous montrant dans les selles la présence de poils du pain. Le malade auquel le pain est rigoureusement interdit a donc fait un écart de régime, et l'intolérance de l'intestin s'est traduite chez lui par un flux diarrhéique plus abondant.

2° Que les aliments prescrits ont été mieux digérés, puisque chez nos trois malades, l'examen microscopique montre que dans leurs déjections, la caséine, abondante au début, tend à disparaître ; que la quantité des globules graisseux diminue également ; que les fibres striées deviennent de plus en plus rares, et que les grains de fécule ne s'y montrent presque pas. Le lait, la viande, le riz, ont donc, plus complètement qu'autrefois, subi la digestion intestinale.

3° Que le poids des malades a augmenté. Bien que ses selles ne présentent à l'œil nu aucune modification favorable, le n° 21 gagne 3 kilogrammes du 27 janvier au 15 février. Le poids du n° 22 augmente de 2 k. 700 du 27 janvier au 8 février. Enfin, à cette époque, le n° 30 pèse 51 kilogr. Il a donc gagné 500 grammes, ce qui est peu en apparence, mais beaucoup en réalité, si l'on songe qu'à l'époque où la pancréatine a été prescrite, ce malade portait encore une ascite abondante entièrement disparue depuis.

4° Que les forces se sont relevées et que cette amélioration accusée par les trois malades a pu faire croire à l'un d'eux, le n° 21, qu'il pouvait impunément enfreindre les prescriptions et adopter un régime fantaisiste. »

Pas plus alors qu'aujourd'hui, l'auteur de ce travail ne considérait la pancréatine comme *une panacée nouvelle*, puisqu'il terminait par ces lignes :

« Telles sont les conclusions qui me sont inspirées par des faits dont je ne voudrais point exagérer l'importance : je les donne pour ce qu'ils valent. Je m'empresse de dire que je ne les crois point probants, parce qu'ils ne sont pas assez nombreux, parce que l'observation n'a été ni assez longue, ni peut-être assez rigoureuse ; mais je les déclare très encourageants.

Je ne ferais point de la pancréatine un agent curatif de la diarrhée de Cochinchine, mais un auxiliaire du régime dans cette maladie. Je voudrais, en d'autres termes, donner aux malheureux diarrhéiques, une substance qui leur permît de digérer assez pour qu'ils *eussent le temps d'attendre* la réparation si lente de leurs lésions intestinales.

La diète lactée est encore, entre les mains des médecins de la marine, l'arme la plus puissante dont ils disposent contre la terrible endémie. Or, combien de malades ne digèrent pas ou digèrent mal le lait! Si les faits venaient à montrer que, grâce à la pancréatine, ils le digèrent mieux, cette substance serait-elle donc à dédaigner ?

A l'expérience seule il appartient de prononcer ; et, si j'ai voulu faire connaître les résultats de ces essais sommaires, c'est moins pour poser, sous mon nom, une question de priorité que pour signaler une voie qui peut conduire à quelque chose de bon et d'utile. »

Bien souvent, depuis cette époque, nous avons administré la pancréatine à des diarrhéiques chroniques, et bien souvent aussi, nous avons obtenu par elle des amendements rapides graduellement transformés en une guérison solide. Il nous est arrivé d'échouer, c'est incontestable ; on ne nous croirait pas si nous prétendions le contraire et on aurait raison. Mais quelle médication ne compte que des triomphes, quand elle ne s'attaque pas, de parti pris, qu'à des états pathologiques demandant à guérir... sans elle?

Plusieurs fois, nous l'affirmons, nous avons, par la pancréatine Defresne, fait digérer le lait, alors que les malades le rendaient en gros grumeaux dans leurs matières alvines. Ce résultat vaut qu'on le note, si l'on réfléchit à la mortalité qui pèse sur les sujets dont le tube digestif ne tolère pas le lait, et l'on a le droit de dire que le médicament capable d'accomplir cette transformation est un remède utile.

La dyspepsie gastro-intestinale ne manque jamais à l'appareil symptomatique de l'entéro-colite coloniale ; il est donc presque toujours possible d'y employer la pancréatine avec de sérieuses chances de réussite, d'autant plus que ce ferment agit tout à la fois sur les albuminoïdes, les fécules et les graisses. C'est l'*indication générale*.

(1) *Archives de Médecine navale*, février 1887.
(2) L. E. Bertrand. *De la pancréatine dans la diarrhée chronique de Cochinchine. Arch. de méd. nav.*, mai 1878.

L'*indication spéciale* est dans la *lientérie* macroscopique ou microscopique *du lait.*

Féris a fait, à propos du traitement de l'entéro-colite endémique par la pancréatine, une remarque critique qui est exacte : « Lorsque le médecin prescrit un gramme de pepsine ou de pancréatine, son but n'est pas seulement, dit-il, de dissoudre par ce moyen certains principes alimentaires, car le résultat serait bien faible, puisqu'à cette dose on agit à peine sur 15 ou 20 grammes d'albumine. Mais il compte que le ferment déterminera surtout une excitation physiologique sur les glandes qui sont destinées à le sécréter.

Donc, nous n'aurons pas ici, tant s'en faut, ce repos si complet de l'appareil digestif que nous donne la peptone Defresne (1).

Cette réflexion concorde avec une observation que nous avons faite depuis longtemps : l'apparition d'un peu de sang et de mucus dans les selles de malades soumis à l'usage de la pancréatine.

C'est un fait exceptionnel, mais il devait être enregistré et nous l'avions rapporté à l'irritation fonctionnelle de la muqueuse sous l'influence du ferment. Aussi, depuis cette époque, voyons-nous dans les incidents subaigus dysentériformes de l'entéro-colite chronique, une contre-indication temporaire à la prescription de la pancréatine.

Quand on prescrit la pancréatine au cours de la diète lactée pure, il faut la diviser en plusieurs doses à prendre dans la journée avec le lait. Nous savons que ce liquide doit être consommé par petites quantités ; mais comme, alors, l'ingestion en est répétée fréquemment, l'estomac n'est jamais complètement vide et la pancréatine peut y rencontrer, réalisées, les conditions du suc gastrique *mixte*, conditions qui, nous l'avons dit, ne lui sont pas défavorables comme l'a démontré M. Defresne (2).

Si ce ferment digestif est ordonné pendant la phase du régime mixte, il doit être pris aux repas, au milieu ou à la fin plutôt qu'au commencement, et cela pour la raison que nous venons d'indiquer.

Dans ces deux séries de circonstances, il sera toujours bon, ainsi que le conseille M. E. Giraud, de neutraliser l'excès d'acide stomacal par des doses convenables de bicarbonate de soude, chez les malades qui offrent les symptômes de la dyspepsie acide.

Les modes d'administration sont nombreux. Presque toujours, nous nous sommes servis de la poudre facile à doser à l'aide de la petite cuiller (3) dont sont munis les flacons de pancréatine Defresne ; on la donne seule ou mélangée à diverses substances telles que phosphate de chaux, etc., et on la fait prendre dans une petite quantité de liquide, lait ou bouillon.

Les pilules de pancréatine Defresne sont des préparations *officinales* dont on assure la conservation par un enrobage à la stéarine et au sucre.

L'élixir, dont chaque cuillerée représente 25 centigr. de pancréatine, ne doit pas être prescrit à nos malades ; chez eux, l'alcool est contre-indiqué.

Les doses de pancréatine à administrer dépendent de la quantité d'aliments dont se compose le régime. Elles varient généralement entre 50 centigrammes et un gramme par repas. Nous n'avons jamais dépassé la dose de 1 gramme pour la journée.

BIBLIOGRAPHIE

Université de Liège. — Annales de la clinique interne (mars 1877 — juin 1882), par M. Masius, professeur et MM. Closson et Schiffers, assistants. 1 volume in 8 de 340 pages, avec 34 tracés. Liège. Vaillant-Carmanne, 1886.

Ce volume est le résumé de l'enseignement clinique du professeur de la Faculté de Liège. Déjà, depuis quelques années, quelques professeurs ou médecins des hôpitaux ont tenté des publications annuelles du même genre, à l'exemple de ce qui se passe depuis longtemps déjà dans la plupart des hôpitaux anglais. Il serait à désirer que ces exemples se généralisassent et que le public fît bon accueil à ces sortes de publications où se trouvent réunis nombre de documents intéressants et pouvant servir utilement dans quelques années à la rédaction de travaux d'ensemble.

L'ouvrage est divisé en trois parties : 1° La *statistique* qui comprend cinq tableaux indiquant les maladies observées pendant la période 1878-1882, le mouvement des entrées et des décès pour quelques affections, le même mouvement par rapport à l'âge et pour chaque mois, et enfin les maladies des enfants observés pendant la période 1877-1882. Le chiffre des entrées a été de 1,654 hommes, 1,023 femmes, 148 enfants.

2° La *clinique*, qui est la partie la plus importante et la plus étendue de l'ouvrage (p. 29-336), on y trouve les observations qui ont présenté le plus d'intérêt ; elles sont précédées de remarques générales et suivies de réflexions spéciales ainsi que de nombreux tracés.

La *scarlatine* (25 cas) n'a présenté de particularités que dans trois cas ; deux furent compliqués de rhumatisme monoarticulaire et polyarticulaire, un d'angine diphtéritique. Nous noterons la cessation des accidents rhumatismaux à la suite de l'administration du salycilate de soude, aux doses de 7 à 8 gr., malgré le peu d'élévation de la température (38°,2 à 38°,4).

Le chapitre consacré à la *fièvre typhoïde* (140 cas) est un des plus longs (p. 32 à 76) et nous arrêtera quelques instants. Nous remarquerons la fréquence de la *forme adynamique*, la présence dans tous les cas des taches lenticulaires, la rareté de la douleur iléo-cœcale (29 0/0), le dicrotisme du pouls dans 40 0/0 des cas. 14 fois les auteurs ont observé l'hémorrhagie intestinale (2 cas de mort) ; ils font observer avec raison que si elle est modérée et ne se répète pas, elle est souvent accompagnée (si elle se produit au 3e septenaire) d'une amélioration sensible dans l'état du patient. Les vingt-cinq observations publiées (26 tracés) par les auteurs ont été choisies parmi les cas les plus intéressants, tant au point de vue de la forme que des complications. La *fièvre abortive* a été observée 28 fois ; sa forme légère 10 fois, la forme afébrile une fois. — Les cas publiés de fièvre typhoïde abortive sont des plus intéressants. Nous regrettons de ne pouvoir nous y arrêter.

Le traitement de la fièvre typhoïde ordinaire a surtout été expectant et symptomatique ; l'expectation a été selon la règle diététique (lait, bouillon, limonade vineuse, 1/2 litre). Selon l'intensité de la fièvre, ils ont eu recours à la *digitale* et à l'alcool, à la *quinine* à doses élevées (1) (2 grammes en moyenne) et répétées (3 prises en une 1/2 heure) ; celle-ci est associée à la limonade sulfurique au salycilate de soude, aux bains, aux lotions, aux applications de glace, aux affusions, etc.

Laissant de côté l'observation d'*érysipèle* (18 cas) relatée page 77, nous arrivons au chapitre concernant le rhumatisme articulaire aigu, dont 119 ont été observés à la clinique. De même qu'à Paris et à Genève, ce sont les mois de mai (11 cas), de juin (10 cas), et de janvier (10 cas), pendant lesquels l'affection s'est montrée la plus fréquente ; nous remarquerons que selon la règle le traitement salycilé est d'autant plus efficace que les accidents sont plus aigus (salycilate de soude, 1 gramme d'heure en heure jusqu'à effet, puis à doses atténuées pendant 8 jours), tandis que les résultats obtenus dans les cas subaiguës sont médiocres. Dans le traitement de *rhumatisme chronique*, l'on se trouve toujours bien de l'association de l'iodure de potassium au colchique et au massage.

A propos de l'*anémie*, M. Masius rappelle les caractères des microcytes fréquemment constatés chez les malades. Ils se présentent sous l'aspect de globules nains, tout-à-fait sphériques, réfringents, d'une coloration jaune d'or, inaltérables dans

(1) *In* Thèse citée d'E. Giraud, p. 77.

(2) V. Defresne. *Etudes expérimentales sur la digestion*, Paris, 1880.

(3) Elle contient 25 centigrammes de poudre.

(1) *Sulfate de quinine* chez les adultes, *Tannate de quinine* chez les enfants (0 gr 75 centigr. à 2 gr.). — Le *chlorhydrate acide avec urée* (soluble à parties égales d'eau) a été employé hypodermiquement dans 10 cas ; son action locale est généralement peu irritante, quoiqu'elle puisse aller parfois jusqu'au phlegmon, on doit donc la réserver malgré son efficacité pour les cas d'absolue nécessité.

leur forme et leur volume. Dans quatre cas, la rate était hypertrophiée. En cas d'anémie profonde et d'anorexie, on a recours de préférence, à la clinique de Liège, à la potion suivante :

Rp. Vin ferrugineux amer (1). . . . . 120 gr.
Teinture de noix vomique. . . . . 8 —
Liqueur de Fowler . . . . 4 —

M. D. S. 3 cuillerées à café par jour, chaque fois dix minutes après le repas.

Sur dix cas de *diabète sucré*, trois malades sont morts dans le *coma*. La présence de l'*acétone* a été souvent constatée dans l'urine. Le traitement diététique associé aux eaux alcalines et au salycilate de soude à la dose de 8 grammes, a donné les résultats les moins défavorables.

L'observation de *diabète insipide* (enfant de 4 ans 1/2), est très intéressante, tant à cause de l'âge du malade que de la tolérance remarquable que cet enfant a présenté pour l'opium. Il est vrai de dire que l'opium et ses alcaloïdes sont généralement assez bien tolérés dans le diabète insipide, ainsi que chez les alcooliques. Le traitement par la valériane et l'opium a, du reste, comme c'est la règle dans ces cas, produit une amélioration notable, sans que l'on puisse en expliquer le mécanisme.

Parmi les observations de *maladie de Werlhof*, les auteurs publient un cas qui, sous bien des rapports, se rapporte à l'anémie pernicieuse progressive, sans cependant qu'il soit possible de l'affirmer par suite de l'absence de certaines constatations symptomatiques et anatomiques ordinairement notées dans cette affection.

L'étude des maladies générales se termine par une observation de *leucémie* et de syphilis *laryngée*.

La *phtisie laryngée* a toujours été secondaire, localisée le plus souvent aux cordes vocales inférieures ; il s'agit ici d'auto-infections sur lesquelles nous ne nous appesantirons pas. — Les cas de *coqueluche* et de *bronchite* avec emphysème pulmonaire ne méritent pas d'attirer notre attention.

Le traitement de la pneumonie (163 cas) a été symptomatique et diététique ; il a surtout consisté dans l'emploi d'antipyrétiques (sulfate de quinine, digitale, 1 gr. à 1 gr. 50 pour 120 gr.), des excitants, des révulsifs (action vaso-motrice) et des expectorants. Les auteurs se sont étendus longuement sur l'action plus ou moins problématique des vésicatoires qu'ils préconisent dans une certaine mesure ; sans vouloir nous prononcer, nous dirons qu'en Allemagne un certain nombre d'auteurs ont peut-être tort d'en avoir complètement proscrit l'usage, mais, en France, on en fait généralement abus. Quelques pneumoniques ont succombé à des lésions de généralisation (méningite) (2), endocardite ulcéreuse, etc.)

Si l'on fait abstraction des cas où la pneumonie était survenue chez des alcooliques, de ceux où elle s'accompagnait de complications graves (méningite), de ceux enfin qui moururent avant l'application de tout traitement, on peut dire que la statistique de Liège est relativement encourageante.

La *phtisie,* aussi fréquente à Liège que dans nos pays, n'a guère été améliorée par les nombreux traitements en usage actuellement ; le traitement reste toujours prophylactique, diététique et symptomatique ; nous nous étonnerons seulement de ne pas voir les vomitifs signalés parmi les moyens propres à combattre l'hémoptysie.

Le chapitre consacré à la *pleurésie* comprend un certain nombre de cas, dont quelques-uns attirent l'attention, par suite de complications rares, telles que paralysie, pneumothorax, avec épanchement séreux. Les auteurs, à propos de cette dernière complication, passent en revue les différentes hypothèses exposées jusqu'ici pour expliquer l'absence de purulence dans certains cas de pneumothorax, en communication avec l'air extérieur, par un orifice interne. Aucune des raisons invoquées ne nous satisfait réellement et s'il nous est permis d'exposer notre manière de voir, nous dirons que tout dépend du siège de l'orifice et du trajet de la fistule. Si celle-ci est sinueuse et présente une courbure à convexité supérieure, de telle sorte que son orifice interne soit déclive, elle réalise alors les conditions où s'était placé M. Pasteur, qui, en employant un ballon à col recourbé et brisé, pouvait, sans mettre obstacle à la rentrée de l'air atmosphérique non filtré, conserver des liquides bouillis. Les mêmes conditions peuvent donc se trouver ainsi réalisées dans les cas de pneumo-thorax, non accompagnées d'infection générale. Aussi comprend-on très bien pourquoi, chez les enfants où les trajets sont généralement plus courts et plus directs, les exsudats pneumo-pleurétiques passent si souvent à la purulence.

Les observations de *pyothorax* et d'*asthme* sont trop peu nombreuses pour qu'il nous soit possible d'en tirer des conclusions pratiques.

Les *affections cardiaques* observées à la clinique de Liège sont nombreuses. On lira avec intérêt deux observations de persistance directe du *trou de Botal*. Parmi les remèdes utilisés avec efficacité contre les troubles de rupture de compensation, nous signalerons en première ligne la *digitale* dont l'action cumulative, au dire des auteurs, et c'est aussi notre avis, a été exagérée, puis la caféine dans les cas où la digitale restait impuissante (citrate de caféine : 20 centigr. à dose répétée plusieurs fois par jour et portée progressivement de 0,60 centigr. à 1 gr. 50 ; salycilate de soude et de caféine, benzoate de soude et de caféine), la *scille*, le *muguet* (sans succès), etc.

L'emploi du *benzoate de soude* dans la *diphtérie* n'a pas donné des résultats aussi favorables que ceux annoncés par quelques auteurs. S'il semble efficace contre les accidents locaux, il ne paraît pas prévenir l'infection générale à moins d'être donné à haute dose et près du début de la maladie. Le peu de cas observés par les auteurs nous forcent à faire des réserves sur l'action réelle de ce médicament.

Parmi les affections de l'*estomac* et du *foie* nous signalerons en passant la coïncidence (moins rare que ne le croyaient les anciens auteurs) du carcinome de l'estomac et de la tuberculose d'autres organes.

Les maladies de l'*intestin*, celles du *système nerveux cérébro-spinal*, du *système génito-urinaire*, les *maladies des femmes*, etc., mériteraient également d'être analysées, c'est donc à regret que nous ne faisons que les signaler ; bornons-nous à dire que la médication intra-utérine est fort en honneur à la clinique de Liège ; M. Schiffers a du reste, en 1881, publié un travail spécial (1) sur cette médication.

La *troisième partie* des *Annales* est consacrée à la policlinique de Liège qui fonctionne régulièrement depuis le 6 décembre 1880. Nous ne pouvons faire mieux que de reproduire à ce sujet les dernières lignes qui terminent l'ouvrage de MM. Masius, Closson et Schiffers.

« Le fonctionnement régulier de la policlinique y amène chaque année un plus grand nombre de malades. Il est de toute évidence qu'elle a été une innovation utile à la population indigente ou peu aisée de la ville, à laquelle elle s'adresse nécessairement. Sous ce rapport, une partie notable du public y trouve donc ses avantages.

« De plus, elle forme une excellente école pratique pour les étudiants, surtout pour ceux qui sont déjà familiarisés avec les différentes méthodes d'examen, c'est-à-dire qui ont suivi régulièrement pendant une année ou deux, la clinique interne et un cours de séméiotique. Ils trouvent à la policlinique assez de matériaux pour exercer leur sens clinique, faire une application de leurs connaissances théoriques, et apprendre à connaître pratiquement les différents moyens d'exploration, qui ont pris tant d'importance dans ces dernières années. »

Malgré l'utilité incontestable d'un pareil enseignement pratique, qui ne trouve, en France, croyons-nous, que des partisans, presque rien n'a encore été fait dans ce sens dans notre pays. Il est inconcevable que cette ressource depuis si longtemps préconisée n'ait pas encore été réalisée par nos administrateurs dont l'esprit routinier s'accommode si bien à leur paresse et à leur ignorance (2).

(1) Voir aux formules, p. 305.

(2) Voir Firket. — *Contribution à l'étude de la méningite latente chez les pneumoniques*, in-8°, 1880.

(1) SCHIFFERS. — *De la médication intra-utérine, sa valeur en ce qui concerne l'emploi des médicaments liquides sous forme d'injections.* — Liège, 1881.

(2) La policlinique pourrait facilement être organisée dans chaque hôpital sans qu'il puisse en résulter pour l'administration hospitalière un surcroît quelconque de dépenses en matériel et personnel. Nous avons du reste déjà, dans le *Progrès médical*, attiré à plusieurs reprises l'attention du corps médical sur l'organisation des policliniques.

Qu'il nous soit permis en terminant de faire une légère critique de cet ouvrage si recommandable à bien des points, critique du reste de détail, pourquoi les auteurs n'ont-ils pas numéroté leurs figures, et se sont-ils abstenus de placer un sommaire en tête de leurs observations?

VARIA

RÉTABLISSEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION.

Décret relatif au rétablissement des droits d'inscription dans les Facultés et dans les Ecoles d'enseignement supérieur de l'Etat.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu les lois des 29 décembre 1873, 3 août 1875 et 1er mai 1883 ; vu l'article 1er de la loi du 26 février 1887, ainsi conçu :

A partir du 1er avril 1887, les étudiants inscrits dans les Facultés et dans les Ecoles d'enseignement supérieur de l'Etat seront soumis à un droit d'inscription de 30 francs par trimestre. Sont dispensés de ce droit les boursiers, les maîtres répétiteurs et maîtres d'études des établissements publics d'enseignement secondaire. Peuvent en outre en être dispensés un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription dans chaque établissement. Les étudiants inscrits dans les Facultés de droit peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire en vue des grades dans les Facultés des lettres. Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Ecoles supérieures de pharmacie, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences.

Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accodées. Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription; vu le décret du 22 août 1854 ; vu les décrets des 14 juillet 1875, 20 juin et 12 juillet 1878 et 14 octobre 1879 ; vu le décret du 8 janvier 1887 ; vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique ; le Conseil d'Etat entendu,

Décrète : — ARTICLE PREMIER. — Le droit d'inscription établi par l'article 1er de la loi du 26 février 1887, dans les Facultés et dans les Ecoles d'enseignement supérieur de l'Etat, est acquitté, soit par un versement trimestriel de 30 francs, soit en un seul versement de 120 fr., effectué au commencement de l'année scolaire. Dans le premier cas, le droit de bibliothèque et le droit de travaux pratiques sont acquittés par quart, à l'époque des versements trimestriels ; dans le second cas, ils sont acquittés en une seule fois pour l'année entière.

ART. 2. — La dispense d'inscription attribuée aux boursiers des Facultés ou Ecoles par la loi du 26 février 1887, s'applique à tous les titulaires de bourses entretenues près de ces établissements, soit sur les fonds de l'Etat, soit sur les fonds de concours versés par les départements, les villes ou les particuliers, conformément au décret du 25 juillet 1885.

ART. 3 — Les étudiants dispensés des droits d'inscription acquittent les droits de bibliothèque et de travaux pratiques par trimestre, dans les Facultés de médecine, les Ecoles supérieures de pharmacie et les Ecoles de médecine et de pharmacie ; dans les autres Facultés, ils acquittent au début de l'année scolaire, en un seul versement, les droits complémentaires afférents à leurs études.

ART. 4. — Chaque année, avant l'ouverture des cours et dans les limites prévues par la loi, le ministre de l'instruction publique fixe, pour chaque établissement, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription.

ART. 5. — Le doyen ou directeur, après avis du conseil de la Faculté ou Ecole, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le ministre, les étudiants dispensés conformément à l'article qui précède.

ART. 6. — Les dispenses sont accordées pour une année scolaire ; elles peuvent être renouvelées.

ART. 7. — Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen ou directeur, après avis du Conseil de la Faculté ou Ecole, pour défaut de travail ou d'assiduité aux cours, conférences et exercices pratiques. Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire. — Le retrait de dispense ne s'applique qu'aux trimestres à échoir.

Dispositions transitoires. — ART. 8. — Pour l'année 1887, le dixième des étudiants qui peuvent être dispensés des droits d'inscription sera calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement, du 1er janvier au 31 décembre 1886. Les droits de bibliothèque actuellement dus, en tout ou en partie, seront acquittés intégralement lors du plus prochain acte de scolarité, inscription ou examen.

ART. 9. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois.*

Arrêté ayant trait aux demandes de dispense des droits d'inscription.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu la loi du 26 février 1887 ; vu le règlement d'administration publique du 31 mars 1887 ; Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu, — Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscription sont adressées au doyen de la Faculté ou au directeur de l'Ecole, du 15 octobre au 1er novembre.

ART. 2. — Elles sont accompagnées : D'un état, certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille ; S'il s'agit d'inscriptions de première année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études ; S'il s'agit d'inscriptions de deuxième, de troisième et de quatrième années, d'un certificat d'assiduité aux cours et aux travaux pratiques de l'année précédente délivré par les professeurs et chefs de travaux pratiques compétents. Si l'étudiant change de Faculté ou d'Ecole, le certificat est joint à son dossier.

ART. 3. — Lorsque la dispense du droit d'inscription est retirée à un étudiant par application de l'article 7 du décret du 31 mars 1887, mention en est faite au dossier de l'étudiant.

ART. 4. — A la fin de chaque année scolaire, le doyen ou directeur adresse au ministre un rapport sur les dispenses accordées ou retirées dans le cours de l'année. Ce rapport, avant d'être transmis au ministre, est communiqué au conseil général des Facultés.

ART. 5. — Par mesure transitoire, des dispenses du droit d'inscription peuvent être accordées pour le troisième et le quatrième trimestre de la présente année scolaire dans les limites fixées par l'article 8 du décret du 31 mars 1887.

Circulaire aux recteurs, au sujet de l'application de la loi du 26 février et des décret et arrêté du 31 mars 1887, relatifs au rétablissement du droit d'inscription.

Monsieur le recteur, la loi de finances du 26 février dernier a rétabli, à partir du 1er avril 1887, la perception d'un droit d'inscription, dans les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur. Ce droit est fixé uniformément à 30 francs par trimestre, dans les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur de tout ordre, et quel que soit le grade pour lequel des inscriptions sont exigées par les règlements actuellement en vigueur, règlements auxquels il n'est d'ailleurs rien modifié. Vous remarquerez que le droit supplémentaire de 10 francs, auquel les étudiants en droit avaient été astreints de 1854 à 1880, pour l'inscription obligatoire à la Faculté des lettres, n'a pas été rétabli. Bien que ne donnant plus lieu à perception, cette inscription avait été maintenue depuis 1880. Il a semblé qu'il était inutile de la maintenir plus longtemps ; elle est et demeure supprimée à dater du 1er avril 1887. Vous remarquerez aussi que la loi du 26 février n'a apporté aucune modication au tarif des droits de bibliothèque et de travaux pratiques établis par les lois antérieures.

Pour établir l'assiette de ce nouveau droit, MM. les secrétaires des Facultés et Ecoles devront se conformer strictement aux instructions générales de 1882 et de 1883 et aux inscriptions spéciales qui vont suivre. Il a fallu modifier, sur certains points, quelques-uns des modèles de 1883 ; je vous adresse les nouveaux modèles; vous les ferez répartir sans retard entre les divers établissements d'enseignement supérieur de votre ressort.

Dates des versements. — Le règlement d'administration publique du 31 mars, rendu en exécution des paragraphes 5 et 6 de l'article premier de la loi du 26 février 1887, prescrit que les droits d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques peuvent être acquittés, au gré des étudiants, soit par versements trimestriels, soit en un seul versement, au commencement de l'année scolaire, pour les quatre trimestres de l'année. Il suit de là qu'il doit y avoir concordance absolue entre la perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques ; l'étudiant qui acquittera le droit d'inscription trimestre par trimestre acquittera de même le droit de bibliothèque et, s'il y a lieu, celui de travaux pratiques ; l'étudiant qui versera en une seule fois les droits afférents aux quatre inscriptions de l'année devra verser, en même temps et en une seule fois, la totalité des droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

Sauf les cas d'inscriptions rétroactives faisant l'objet d'une décision spéciale, c'est seulement au début de l'année scolaire, c'est-à-dire lors de l'inscription de novembre, qu'il sera possible de verser la totalité des droits de l'année. Ainsi, un étudiant qui aura versé en novembre les droits afférents au premier trimestre ne saurait être admis à verser en janvier ou en avril les droits afférents au reste de l'année; mais l'étudiant qui aura été autorisé à prendre rétroactivement, en janvier, par exemple, l'inscription de novembre, en même temps que celle de janvier, pourra acquitter par anticipation les droits d'avril et de juillet en acquittant ceux de janvier et, rétroactivement, ceux de novembre.

La conséquence de ce qui précède, c'est que les étudiants auront désormais la faculté de prendre simultanément, au début de l'année, les quatre inscriptions de l'année. Les droits acquittés doivent correspondre rigoureusement à des inscriptions prises, MM. les doyens et secrétaires veilleront avec le plus grand soin à ce que, dans les cas de versements anticipés, il ne soit pas pris par les étudiants de nouvelles inscriptions avant l'expiration du temps réglementaire de scolarité impliqué dans les inscriptions simultanées. Lorsqu'au cours d'une année un étudiant demandera à changer de Faculté ou d'Ecole, mention sera faite à son dossier des inscriptions dont il aura acquitté les droits par anticipation. Ces inscriptions vaudront dans toute autre Faculté ou Ecole de même ordre. Toutefois les inscriptions acquittées par anticipation dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne sauraient valoir dans les Facultés de médecine et dans les Ecoles supérieures de pharmacie; en effet, les droits acquittés pour inscriptions dans les écoles de plein exercice et préparatoires sont acquis aux villes où siègent ces écoles, et non au Trésor.

Il va sans dire que les conseils des Facultés conservent le droit d'annuler des inscriptions acquittées par anticipation (Décret du 30 juillet 1883, art 16.) Ces annulations, lorsqu'elles seront prononcées, ne donneront lieu à aucun remboursement. Les droits d'inscriptions sont des droits acquis. Par mesure transitoire, les étudiants pourront, en prenant la troisième inscription de 1886-1887, prendre en même temps la quatrième, et acquitter, en un seul versement, les droits afférents à l'une et à l'autre. Les inscriptions cumulatives et rétroactives se rapportant à un trimestre antérieur au 1er avril 1887 ne sont pas passibles de droits.

D'après les règlements en vigueur jusqu'à ce jour, les droits de bibliothèque doivent être acquittés en une seule fois, dans les Facultés de théologie protestante, de droit, des sciences et des lettres, en même temps que les frais afférents à l'examen qui termine l'année d'études. Ce mode de perception ne pouvait être maintenu, étant données les dispositions de l'article premier du décret du 31 mars.

Pour rentrer au plus tôt dans l'uniformité et éviter des complications fâcheuses, il a été décidé (art. 10 du même décret) que les droits de bibliothèque actuellement dus, en tout ou en partie, seront acquittés intégralement lors du plus prochain acte de scolarité, inscription ou examen. Ainsi un grand nombre d'étudiants en droit se trouvent devoir, à ce jour, en vertu des règlements en vigueur, deux quarts du droit de bibliothèque de dix francs. Ils devront les acquitter avec le troisième quart en prenant la plus prochaine inscription. Ceux auxquel l'état de leur scolarité permet de subir un examen, sans prendre d'inscription nouvelle, acquitteront le droit de bibliothèque, en totalité, au moment de la consignation des droits d'examen.

Dispenses des droits d'inscription. — Aux termes de la loi du 26 février 1887, sont dispensés des droits d'inscription les répétiteurs des lycées et collèges et les boursiers près les Facultés et les Ecoles d'enseignement supérieur.

La dispense accordée aux maîtres répétiteurs est absolue; elle s'étend aux maîtres répétiteurs stagiaires, titulaires et auxiliaires des lycées et collèges, et même aux répétiteurs pourvus d'un congé régulier; elle vaut simultanément dans plusieurs Facultés; ainsi, un maître répétiteur peut se faire inscrire, sans acquitter de droits, à la Faculté des lettres et à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences.

Les boursiers ne sont dispensés du droit d'inscription que dans la Faculté ou Ecole à laquelle ils sont attachés. La bourse leur a été accordée pour un ordre déterminé d'études; elle les attache à une Faculté ou à une Ecole déterminée; c'est dans cette Faculté ou dans cette Ecole seule qu'ils doivent être exemptés du droit d'inscription.

Le Conseil supérieur et le Conseil d'Etat se sont inspirés des intentions du législateur en interprétant le mot « boursiers » dans le sens le plus large. Dispense est accordée, non pas seulement aux boursiers de l'Etat, mais aux boursiers entretenus près les Facultés par les départements, les communes ou les particuliers. C'était d'ailleurs une conséquence du décret du 25 juillet 1885. Ce décret a disposé, en effet, article premier, que « les subventions allouées par les départements, les communes ou les particuliers et applicables au personnel, au matériel et aux bourses » des Facultés et Ecoles seraient portées en recette au compte des fonds de concours, de même que les revenus et produits des dons et legs, et, article 3, que les étudiants qui ont obtenu les bourses d'études entretenues dans les établissements d'enseignement supérieur jouissent des mêmes privilèges que les boursiers de l'Etat. Pour constituer à celui en faveur de qui elle est consentie la qualité de boursier, il faut, mais il suffit que la subvention destinée à payer la bourse, qu'elle vienne d'un département, d'une commune ou d'un particulier, soit inscrite régulièrement au budget des fonds de concours et versée directement au trésorier général sur un titre de perception délivrée par le doyen ou directeur (voir Instruction du 4 décembre 1885). Un étudiant qui recevrait directement une subvention d'un département, d'une commune ou d'un particulier ne serait pas un boursier, et, par suite, n'aurait aucun droit aux immunités des boursiers.

Ni les répétiteurs ni les boursiers ne sont exemptés des droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

Outre les dispenses de droit dont il vient d'être parlé, le législateur a prévu des dispenses facultatives. Elles peuvent être accordées, dans chaque établissement, à un dixième des étudiants astreints au droit d'inscription. Ce dixième sera déterminé chaque année par le ministre, avant le commencement de l'année scolaire, et calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement, au cours de la précédente année scolaire, déduction faite des dispenses de droit, c'est-à-dire des dispenses des maîtres répétiteurs et des boursiers et des exemptions résultant des règlements antérieurs, dont il sera question plus loin. Pour les dispenses à accorder pendant le troisième et le quatrième trimestres de la présente année scolaire, le dixième a été calculé d'après le nombre des inscriptions prises dans chaque établissement du 1er janvier au 31 décembre 1886.

On a fait remarquer, lors de la discussion du décret du 31 mars dans le Conseil supérieur, que, dans les Facultés des lettres et des sciences, le nombre des étudiants astreints au droit d'inscription, en dehors des répétiteurs et des boursiers, était fort petit, et que, ce nombre devant servir de base au calcul des dispenses facultatives, celles-ci seraient parfois en nombre insignifiant. En présence des termes formels de la loi, il m'a été impossible de proposer une exception pour les Facultés des sciences et des lettres. D'ailleurs, il importe de remarquer que, dans ces Facultés, les inscriptions ne sont exigées qu'en vue du grade de licencié. Si, parmi les candidats à ce grade, il m'en est signalé quelques-uns, en dehors des répétiteurs et des boursiers, qui soient particulièrement dignes d'intérêt, je ne refuserai pas de leur rembourser, par mesure exceptionnelle, les droits d'inscription qu'ils auront dû verser, dans la limite des crédits dont je dispose. Vous remarquerez et vous ferez remarquer à MM. les doyens que le nombre des dispenses facultatives ne devra en aucun cas être dépassé.

Sont en dehors du dixième, et doivent être considérés comme dispensés de droit, les étudiants exemptés des droits universitaires, en vertu des règlements antérieurs Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici ceux de ces règlements qui prononcent ou impliquent l'exemption des droits d'inscription :

Règlement du 27 novembre 1834, arrêté du 2 décembre 1864, décret du 28 mai 1864, arrêté du 26 novembre 1864, exemptant de tous droits universitaires, dans toutes les Facultés, les élèves qui ont obtenu un prix d'honneur ou le premier prix d'histoire (rhétorique) au concours général des lycées de Paris ou au concours général des départements. — Règlement du 27 novembre 1834. exemptant de tous droits universitaires les fils de professeur, dans la Faculté où le père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions. — Ordonnance du 17 mars 1840, exemptant de tous droits, dans les Facultés de droit, pour le doctorat, les étudiants de troisième année qui ont obtenu un premier ou un second prix.

Le décret du 27 décembre 1881, dispensant des droits qui étaient perçus à cette date les lauréats de première et de deuxième année dans les Facultés de droit, doit être entendu comme les dispensant des droits d'inscription. — Les dispenses spéciales prévues par le décret du 21 avril 1869, dans les Ecoles supérieures de pharmacie, sont maintenues.

Sauf les rares exceptions résultant des règlements qui viennent d'être rappelés, les étudiants compris dans le dixième facultatif ne sont, pas plus que les répétiteurs et les boursiers, dispensés du droit de bibliothèque et du droit de travaux pratiques. D'une manière générale, les étudiants dispensés du droit d'inscription acquitteront les droits de bibliothèque en un seul versement, au début de l'année scolaire, ce qui implique qu'ils prendront simultanément, en novembre, les quatre inscriptions de l'année. Toutefois, dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les Ecoles supérieures de pharmacie, les Ecoles de médecine et de pharmacie, il a été décidé, dans un intérêt qui ne vous échappera pas, qu'ils acquitteraient par trimestre les droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

Les dispositions du décret et de l'arrêté du 31 mars, sur la forme suivant laquelle sont accordées et retirées les dispenses, sont assez claires et assez précises pour qu'il soit inutile de les commenter. J'ai tenu à donner aux doyens et aux conseils de Facultés l'importante prérogative de conférer les dispenses. Les conseils des Facultés jugeront s'ils doivent accorder toutes les dispenses disponibles dès le mois de novembre, ou s'il ne conviendrait pas d'en réserver quelques-unes pour les cas qui pourraient se présenter après la session de baccalauréat de novembre. Il n'est pas interdit aux conseils de déléguer leurs pouvoirs à une commission. — Les demandes de dispenses doivent être faites sur papier timbré.

Les inscriptions des maîtres répétiteurs seront reçues sur la présentation d'un certificat délivré par le proviseur ou principal, constatant leur qualité. Ce certificat devra énoncer la date de leur délégation ou de leur nomination; il restera annexé au dossier.

Les inscriptions gratuites des étudiants en droit et des étudiants en médecine et en pharmacie seront reçues, dans les Facultés des lettres et dans les Facultés des sciences, sur la production d'un certificat du doyen ou directeur constatant leur inscription régulière et qui restera annexé au dossier. Ils ne seront admis à prendre simultanément quatre inscriptions dans les Facultés des lettres ou des sciences que s'ils justifient de quatre inscriptions de droit, de médecine ou de pharmacie.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée. — *Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.* BERTHELOT.

Concours des médecins des bureaux de bienfaisance.

Règlement du concours. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu le décret du 12 août 1886, portant règlement d'administration publique sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris, disposant : 1° Article 21e, que les médecins des bureaux de bienfaisance seront nommés au concours; 2° Article 24e, qu'un arrêté ministériel statuera sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques. — Vu les propositions du préfet de la Seine en date du 15 février 1887 ; arrête :

Article premier. — Le concours pour les emplois de médecins des bureaux de bienfaisance est réglé ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance écrite en formule. Les malades seront choisis par les juges avant la séance et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés à subir les épreuves. Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen des malades; cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic et dix minutes pour la rédaction de l'ordonnance, avec formules, laquelle rédaction sera lue à la fin de la séance. Vingt-cinq points seront donnés pour cette épreuve.

Les vingt-cinq points seront divisés en : 1° Quinze points pour le diagnostic; 2° Dix points pour l'ordonnance.

2° Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (question commune à tous les candidats). Une demi-heure sera accordée au candidat pour la rédaction de cette consultation, dont la lecture sera donnée au public. Il sera donné quinze points pour la consultation écrite.

3° Appréciation des titres antérieurs. Dix points seront accordés à l'appréciation des titres antérieurs. Les épreuves seront publiques. Il y aura un concours tous les ans, à moins de vacances exceptionnelles dans les places des médecins des bureaux de bienfaisance.

Les candidats, en s'inscrivant, indiqueront, par ordre de préférence, les arrondissements pour lesquels ils concourent. Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance ayant au moins dix années de fonctions et tirés au sort et d'un délégué de l'Administration centrale. Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

Art. 2. — Le Préfet de la Seine est chargé d'assurer l'exécution du present arrêté.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 18. — Médec. opérat (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Guyon, Segond. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Rémy, Reynier ; — (2e partie) : MM. Charcot, Fournier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Reclus, Kirmisson ; — (2e partie) MM. Potain, Damaschino, Straus.

MARDI 19. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Vulpian, Troisier, Campenon. — 4e *de Doctorat :* MM. Brouardel, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes; — 2e *Série* : MM Grancher, Tarnier, Boully ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Hallopeau.

MERCREDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Rémy, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Reclus, Pinard, Kirmisson. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy.

JEUDI 21. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Panas, Richelot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Troisier, Joffroy.

VENDREDI 22. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Charcot, Reclus, Terrillon; — 2e *Série* : MM. Hayem, Rémy, Reynier. — 3e *d'Officiat de santé* (Charité) : MM. Lannelongue, Pinard, Rendu. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Potain, Fournier, Straus.

SAMEDI 23. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Laboulbène, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Ball, Troisier, Hallopeau.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 20. — M. Boiffin. Des hernies adhérentes au sac. — M. Hallé. Uretérite et pyélite. — M. Lafosse. Etude clinique de la céphalée neurasthénique. — M. Bouton De la métrite chez les vierges. — *Jeudi* 21. — M. Brunon. Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive. — M. Grenier. Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques. — M. Achard. De l'apoplexie hystérique. — M. Mayor. L'avenir des pleurétiques. — *Vendredi* 22. — M. Beraud. Suppuration dans les fractures fermées. M. Bouquet. Contribution à l'étude des fractures de jambe. — *Samedi* 23 — M. Veper. De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie. — M. Persy. Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'urémie. — M. Chibrac. Nouvel appareil à pointe métallique pour être associé à une gouttière plâtrée. — M. Dessaux. De la curabilité relative de quelques accidents hépatiques d'origine alcoolique.

FORMULES

X. Vin amer ferrugineux.

X. Nous donnons ici la formule et la manière de préparer le vin amer ferrugineux (1).

R. P.	Ecorce de quinquina	300 gr.
	Racines de gentiane	200 —
	Citrate de fer	300 —
	Vin de Marsala	11.700 —
	Eau-de-vie	900 —
	Alcool	900 —
	Essence d'oranges	18 —
	Solution de sulfate de fer au 10e (sulfate ferrique)	1.800 —
	Sucre	1.800 —
	Ammoniaque	q. s.

Dissolvez l'essence dans un peu d'alcool et mélangez-la avec l'eau-de-vie et le vin ; avec ce liquide, épuisez le quinquina et la gentiane jusqu'à obtention de 13.500 grammes en versant de l'eau ; diluez la solution de sulfate de fer dans deux fois son poids d'eau et ajoutez de l'ammoniaque jusqu'à ce qu'il y ait un excès ; lavez le précipité jusqu'à ce que l'eau de lavage soit insipide et laissez égoutter complètement, mêlez ce précipité avec la teinture obtenue et laissez en contact en remuant souvent jusqu'à ce qu'une partie filtrée ait une couleur jaune et ne noircisse pas avec la teinture de chlorure de fer ; alors, dissolvez-y le citrate de fer et le sucre et parfaites la mesure avec un peu d'eau jusqu'à 14.400 gr. Les 30 gr. contiennent 0,60 de quinquina, à 0,40 de gentiane et 0,60 de citrate de fer.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 mars 1887 au samedi 2 avril 1887, les naissances ont été au nombre de 1189, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 449 ; illégitimes, 181. Total, 630. — *Sexe féminin* : légitimes, 418 ; illégitimes, 141. Total, 559

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 mars 1887 au samedi 2 avril 1887, les décès ont été au nombre de 1260, savoir : 660 hommes et 600 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 26, F. 25. T. 51. — Variole : M. 4, F. 2, T. 6. — Rougeole : M. 43, F 30. T. 73. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 3, F. 7. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 19 F. 21, T. 40. — Cho-

(1) Voir page 302.

léra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 141, F. 94. T. 235. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 17. T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 30. T. 48. — Méningite simple : M. 21, F. 18. T. 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 14, F. 28. T. 42. — Paralysie : M. 4, F. 1. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 7. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 38, F. 39. T. 77. — Bronchite aiguë : M. 29, F. 21 T. 50. — Bronchite chronique : M 26, F. 32. T. 58. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 23. T. 39. — Pneumonie M. 53, F. 31. T. 84. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 11. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 8. T. 15 — Autres gastro entérite : M. 2, F. 6. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 14, T. 30. — Sénilité : M. 5, F. 18. T 23. — Suicide : M. 16, F. 9. T. 25. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2 T. 10. — Autres causes de mort : M. 100. F. 86. T. 186. — Causes restées inconnues : M. 5. F. 6. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 98 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 43, illégitimes, 14. Total : 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 38; illégitimes, 8. Total : 46.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. COLOMB (G.), licencié ès sciences mathématiques, ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Duchartre, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique des maladies mentales.* — M. le Pr BALL reprendra son cours de clinique des maladies mentales à l'Asile de Sainte-Anne, le dimanche 17 avril 1887, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa séance du 31 mars, le Conseil de la Faculté a procédé à l'élection d'un membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Lannelongue a été élu. M. Lannelongue a été également nommé membre de la commission de la Bibliothèque, en remplacement de M. Le Fort, dont la démission a été acceptée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr MARTIN (A.-F.) est chargé des fonctions de préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Fauvel, décédé. — M. LAPIOQUE (L.-E.), licencié ès sciences naturelles, est nommé aide du laboratoire des cliniques à ladite Faculté, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Calmels, décédé.

M Charles RICHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, secrétaire de la section des sciences du Comité des travaux historiques et scientifiques, est nommé membre de ladite section.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. Rémy et Simon, agrégés près ladite Faculté, sont appelés à l'exercice à partir du 16 avril 1887.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. GILLON (P.-A.), bachelier ès sciences, est nommé aide préparateur de matière médicale et d'hydrologie à ladite Faculté (emploi nouveau). — MM. Colas et Hochstetter, chefs de clinique médicale, sont maintenus dans leurs fonctions jusqu'au 31 décembre 1887. — M. Demnon, agrégé, est maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887 dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — MM. les Drs LAROYENNE et PERROUD, chargés du cours complémentaire de clinique des maladies des femmes à ladite Faculté, sont nommés professeurs adjoints.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — La Faculté de médecine de Montpellier a présenté, en première ligne, M. le Dr Kiener, et en deuxième ligne, M. le Dr Carrieu, pour la chaire d'anatomie pathologique vacante, par le décès du professeur Estor.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — *Laboratoire de tératologie* (bâtiments du Musée Dupuytren). M. DARESTE, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologie, dans son laboratoire (bâtiments du Musée Dupuytren), le mardi 19 avril 1887, à 4 heures de l'après-midi et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un congé est accordé, sur sa demande, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, à M. Blatin, professeur de physiologie à ladite Ecole. M. Pojolat, suppléant, est chargé, pendant le deuxième semestre 1882-1887, d'un cours de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. GUSSE, professeur de physique au lycée de Limoges, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite Ecole.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — MM. les chirurgiens des hôpitaux se sont réunis le 2 avril à l'effet de désigner le successeur de M. Nicaise audit conseil de surveillance. M. Horteloup a été désigné en première ligne à l'unanimité des votants (30 voix) pour remplacer M. Nicaise; en deuxième ligne étaient MM. Bazy et Marchant qui ont obtenu 15 voix chacun.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Jury du concours pour une place de médecin du Bureau central :* Le 31 mars ont été élus au sort, pour faire partie du jury du concours du Bureau central des hôpitaux (médecin) : MM. Bergeron, Cuffer, Gérin-Roze, Grancher, Hardy, Lallier, C. Paul, A. Robin, Tillaux.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. VAILLANT, professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle, membre de la section des sciences du Comité des travaux historiques et scientifiques, est nommé secrétaire de ladite section.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr FONTANT (de Niort), décédé à 83 ans, reçu docteur en 1829, chirurgien de l'hôpital de Niort. — M. le Dr BENARD, de Buzançais (Indre), homme de lettres et auteur de poésies estimées. — M. le Dr BLAIN, de Bernay (Eure), mort à 41 ans, ancien interne des hôpitaux de Paris (1872). — M. le Dr GEORGANTA, professeur de médecine légale à l'Université d'Athènes, et directeur du journal le *Galien* (Γαληνός). — M. le Dr SIMON (de Ribérac). — M. le Dr HALLAIS, médecin de la marine. — M. le Dr RÉCLAM, professeur de médecine légale à l'Université de Leipzig, fondateur du *Gesundheitzeitschrift*. — M. le Dr de VESINE LARUE (de Marseille). — M. le Dr MONIER (de Marseille).

Chronique des hôpitaux.

HOPITAL BROUSSAIS — *Chirurgie :* Service de M. BRUN. — Salle Tollin : 1, fract. du péroné ; 2, fract. de jambe compliquée ; 4, polype du rectum ; 5, hypertrophie de la prostate ; 9, testicule syphilitique ; 10, plaie par arme à feu, fracture du radius ; 14, polype du rectum, colotomie ; 16, abcès urineux ; 17, chancre phagédénique; 19, épithélioma buccal ; 20, phlegmon de la jambe ; 23, arthrite blennorrhagique ; 24, cystite blennorrhagique ; 27, phlegmon de l'aisselle ; 28, résection du genou ; 29, mal perforant ; 30, cystite tuberculeuse, taille hypogastrique. — Salle Broca : 3, hémhydarthrose ; 5, fracture du col du fémur ; 7, hydarthrose syphililitique; 9, luxation de l'épaule ; 12, varicocèle, résection du scrotum ; 14, fistules anales ; 16, coxalgie ; 18, éléphantiasis de la jambe ; 19, arthrite fongueuse médio-tarsienne ; 23, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie ; 24, mal de Pott ; 25, tuberculose osseuse, résection de l'épine de l'omoplate ; 27, ulcère syphilitique ; 28 *bis*, résection du coude ; 29, néphrotomie.

Médecine : Service de M. BALLET. — Salle Delpech : 2, pleurésie; 4, phtisie laryngée ; 5, pneumonie ; 6, syphilis ; 7, hystérie ; 9, ataxie locomotrice ; 10, leucocythémie ; 13, néphrite interstitielle ; 15, insuffisance mitrale ; 18, grippe ; 20, pleurésie gauche. — Salle Hillairet : 4, 8, ataxie ; 6, hémiplégie ; 10, néphrite interstitielle; 11, rhumatisme chronique ; 18, emphysème ; 22, entérite tuberculeuse ; 23, syphilis cérébrale ; 25, hystérie (homme). — Salle Archambault : 2, démence sénile ; 4, hémiplégie ; 6, paralysie spinale aiguë ; 8, 11, rhumatisme chronique ; 10, hémorrhagie méningée ; 13, hémiplégie, aphasie ; 14, sclérose latérale amyotrophique; 18, paraplégie spasmodique ; 21, angine herpétique ; 23, asthme.

Service de M. BRAULT. — Salle Lasègue : 3, fièvre typhoïde ; 4, néphrite interstitielle, saturnisme ; 5, sclérose en plaques ; 8, impaludisme ; 9, cancer stomacal ; 10, atrophie musculaire progressive ; 11, ulcère stomacal ; 13, néphrite parenchymateuse ; 15, pleurésie tuberculeuse ; 16, anévrysme de l'aorte ; 18, bronchopneumonie ; 19, cirrhose atrophique. — Salle Parrot : 1, ataxie ; 2, emphysème ; 3, tuberculose pulmonaire ; 9, 15, épilepsie ; 14, insuffisance mitrale ; 18, diabète. — Salle Cazalis : 1, paralysie hystérique de la jambe ; 2, insuffisance mitrale ; 3, hémiplégie ; 11, paralysie agitante ; 20 *bis*, coxalgie ; 15, cancer utérin ; 21, métrite. — Salle Gubler : 1, hémiplégie ; 3, asthme ; 6, paraplégie ; 7, ataxie ; 9, paralysie faciale ; 12, emphysème pulmonaire ; 23, chloro-anémie ; 24, angine herpétique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BIBLIOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES. — Index méthodique et catalogue descriptif des livres et journaux anciens et modernes, français et étrangers sur les sciences médicales. — Volume in-8 de 507 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. No 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 AVRIL 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

A propos de cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus ;

Par P. BUDIN.

Quand nous avons communiqué à la Société de Biologie les observations qui ont été publiées dans l'avant-dernier numéro du *Progrès médical* (p. 267), M. le Dr H. Beauregard, aide-naturaliste au Muséum, a fait remarquer « qu'on pourrait rapprocher les faits signalés de ceux qu'on observe à l'état normal chez les Ruminants et chez les Cétacés. Chez les Cétacés, le nombre des replis transversaux de la muqueuse vaginale est quelquefois très grand : on en trouve jusqu'à huit (Balænoptera Sibbaldii) se succédant dans la partie antérieure du vagin jusqu'à l'utérus, les plus antérieurs de ces replis sont développés au point de figurer autant de museaux de tanches en séries linéaires (1). »

Quelque chose d'analogue existerait chez la femelle du Chimpanzé, d'après G. von Hoffmann (2). Les replis transversaux du fond du vagin sont tellement développés chez elle qu'ils forment de véritables croissants et que le col de l'utérus se trouve recouvert par le repli le plus élevé comme par un véritable prépuce.

Mais c'est surtout chez la brebis, dit Müller (3), qu'on trouve une analogie plus frappante encore : chez elle, les plis transversaux de la muqueuse cervicale sont développés de telle façon qu'il existe un ensemble de six anneaux ou diaphragmes superposés, se recouvrant comme les tuiles d'un toit ; le dernier de ces diaphragmes constitue la portion vaginale du col utérin, il ne se distingue des autres ni par sa forme ni par son volume.

Les faits que nous avons observés et rapportés, ceux dus à Breisky, P. Müller et Bidder, sont des exemples de cloisonnement transversal incomplet du canal cervical. Des cloisonnements semblables peuvent-ils exister du côté du segment inférieur de la cavité utérine elle-même ? C'est ce que tendraient à prouver les deux observations suivantes qui viennent de nous être adressées par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité et qui ont été recueillies par elle dans le service de M. le professeur Tarnier.

OBSERVATION I. — *Bassin vicié. — Grossesse à terme. — Diaphragme intra-utérin siégeant au niveau de l'orifice interne. — Application de forceps. — Basiotripsie.*

Comb..., femme Del..., arrivée au terme de sa septième grossesse, se présente à la Maternité le 8 novembre 1884, à 10 heures du soir. Cette femme a le bassin vicié dans le sens antéro-postérieur, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 93 millimètres. Son premier accouchement s'est terminé, dit-elle, à terme, l'enfant naquit vivant. Le deuxième accouchement eut lieu à 7 mois, les quatre autres furent provoqués.

Au moment de son entrée, on trouvait le col long, ouvert jusqu'à l'orifice interne ; à ce niveau existait un repli circulaire, sorte de diaphragme traversé par un orifice à peine lenticulaire et d'une rigidité extraordinaire. Ce diaphragme se trouvait à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'orifice externe et se contractait en même temps que l'utérus. A travers le segment inférieur on sentait un sommet très élevé qui ballottait. Les premières douleurs apparurent le 7 novembre 1884, à 7 heures 30 du soir ; le 9, à 6 heures du matin, le col était encore long, l'orifice du diaphragme n'était pas plus grand, il était toujours aussi résistant malgré des contractions extrêmement violentes.

L'aide sage-femme, craignant une rupture de l'utérus, avertit Mme Henry qui, effrayée de l'énergie des contractions, opéra la dilatation de ce petit orifice, elle en écarta très lentement les bords en faisant pénétrer très doucement l'index. La résistance une fois vaincue, l'orifice interne s'entr'ouvrit peu à peu, mais la malade qui était très indocile ne voulut pas laisser continuer la dilatation. Ce n'est qu'à 10 heures qu'on put recommencer la manœuvre qui avait été faite le matin. Les bords de l'orifice s'assouplirent peu à peu et la dilatation se fit progressivement mais lentement. Le soir, à 11 heures 30, la dilatation était presque aussi grande que la paume de la main ; à ce moment les membranes se rompirent spontanément, les bords de l'orifice revinrent sur eux-mêmes, le col se reforma, les contractions cessèrent, et la femme put dormir pendant toute la nuit.

Le 10 novembre, à 7 heures 20 du matin, le col était long, et l'orifice interne n'était plus grand que comme une pièce d'un franc. Quelques excitations cutanées réveillèrent les contractions utérines.

A 11 heures, la dilatation était redevenue grande comme une pièce de cinq francs. A midi 50, l'orifice était suffisamment dilaté pour qu'on put faire une application de forceps. N'ayant pas réussi à entraîner la tête, on pratiqua la basiotripsie. Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION II. — *Diaphragme utérin placé à deux centimètres au-dessus de l'orifice interne.*

La nommée Sch... est admise à la Maternité le 14 mars 1887. Primipare, réglée pour la dernière fois du 22 au 25 juin 1886, elle est arrivée jusqu'au terme de sa grossesse. Les membranes sont rompues depuis deux jours, mais elle n'est pas encore en travail ; le col est long, largement ouvert et on trouve à deux centimètres à peu près au-dessus de l'orifice interne et à 5 ou 6 centimètres de l'orifice externe un repli circulaire, mince, sorte de diaphragme présentant un orifice étroit dans lequel le doigt se trouve serré. Le fœtus présente l'épaule gauche en position dorso-antérieure.

Le même jour, à 11 heures du soir, le travail se déclare, l'épaule descend, appuie sur l'orifice ; on ne sent plus le diaphragme. Le travail marche normalement, la dilatation est complète le lendemain à 1 heure 50 du soir, l'accouchement est terminé artificiellement par une version. L'enfant est vivant, il pèse 3.150 grammes. La délivrance se fait naturellement 10 minutes après.

En introduisant à nouveau la main dans l'utérus on ne trouve plus qu'un petit lambeau flottant, résultat de la déchirure du repli en forme de diaphragme qu'on avait observé avant l'accouchement.

Les deux observations qui précèdent, venant s'ajouter à celles que nous avons rapportées, présentent, croyons-nous, un très grand intérêt. Il est probable que l'attention étant désormais appelée sur ces particularités anatomiques, des faits semblables et nouveaux ne tarderont pas à être publiés.

---

(1) Voyez aussi H. Beauregard et Boulard. — *Appareils génito-urinaires des Balænides. Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1882.

(2) G. von Hoffmann. — *Ueber die weiblichen Genitalien eines Schimpansen. Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. II, p. 4, 1878.

(3) P. Muller. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. III, p. 164, 1878.

PATHOLOGIE EXTERNE

Pseudo-Hermaphrodisme (Hypospadias périnéal) ;

Par Adrien POZZI et P. GRATTERY, internes des hôpitaux.

Le 9 juin 1886, au soir, on amenait à l'hôpital de la *Charité*, avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée, un individu âgé portant des habits de femme et désigné comme telle.

Cette femme fut reçue dans la salle des femmes du professeur Trélat et M. Marchand, chef de clinique du service, présent à ce moment, réduisit la hernie avec la plus grande facilité : la réduction faite, il ne restait plus rien dans la grande lèvre souple et vide. Mais, vu l'encombrement du service, l'on transporta cette malade qui n'offrait plus rien de chirurgical, et dont l'état général paraissait grave, dans la salle Saint-Basile, chez M. le Dr *Féréol*, où elle mourut dans la nuit. A l'amphithéâtre, l'on s'aperçut que cette prétendue femme n'avait que les apparences du sexe sous lequel elle était inscrite, et l'examen du cadavre, des parties génitales externes et des organes génitaux internes, montra qu'on avait affaire à un pseudo-hermaphrodite, à un hypospade périnéal mâle : cet individu, femme pendant 69 ans, était un homme.

Mais à part ce vice de conformation, l'autopsie révéla, en outre de signes de péritonite cause de la mort, des lésions pathologiques et des particularités anatomiques curieuses du côté des reins et de l'intestin : le rein droit présentait des dimensions anormales, tandis que le rein gauche était presque complètement transformé en une masse fibro-graisseuse ; il existait enfin une hernie inguinale congénitale.

Nous voulûmes compléter notre observation par l'histoire de cet individu. Malheureusement nos renseignements sont fort incomplets, et se réduisent à ceux qu'ont pu nous fournir la concierge de la maison où notre hypospade logeait et une dame qui s'intéressait à ce malheureux et l'avait conduit à la Charité.

Voici ce qu'on lisait sur sa feuille d'admission :

Mo..... (*Marie*), 69 ans, marchande des Quatre-Saisons, célibataire. Nous ne savons rien sur ses antécédents héréditaires. Il était, nous a-t-on dit, sans famille : sa dernière parente — une nièce — serait morte il y a douze ans. *Mo.....* avait quitté le pays, il y a fort longtemps, brouillé avec tous ses proches. Nous n'avons aucun renseignement sur son existence, à Paris, avant ces dernieres années. Les personnes qui l'ont connu, avaient été frappé de son aspect et de ses manières étranges. On s'étonnait de sa force, et lorsqu'on avait quelque besogne pénible à faire, on savait à qui s'adresser. Sa voix forte, sa barbe, lorsqu'il restait quelques jours sans se raser, intriguaient ses voisins. Il était, avec cela d'un caractère bizarre, passant des journées et des nuits à se promener dans sa chambre soigneusement verrouillée. Par moments, il était serviable ; en d'autres temps, on le voyait soupçonneux, cherchant querelle, violent, et on le redoutait pendant ces périodes de mauvaise lune. « On aurait dit qu'*elle* était folle, » ajoute la concierge. Mo..... vivait dans la misère. On ne lui connaissait pas d'état ; marchand des Quatre-Saisons, il aurait pu gagner suffisamment pour vivre, mais il était aussi irrégulier dans son travail que fantasque dans ses habitudes.

Inscrit comme célibataire, il ne paraît pas avoir vécu maritalement avec personne. Cependant, jeune, Mo..... aurait été forcé de quitter sa commune, à cause du scandale de « *ses mœurs légères*, » raconte sa protectrice. Il posait volontiers pour la femme coquette, et montrait avec complaisance ses mollets, dont il était fier. Or, il semble avoir eu — tout au moins dans ces dernières années, des appétits sexuels d'homme. La concierge nous a conté que lorsque son mari était absent, Mo..... s'oubliait avec elle à des caresses et à des attouchements lubriques qu'elle trouvait « *ridicules entre femmes.* » Ses conversations habituelles étaient, paraît-il, aussi peu décentes que ses manières.

Nous n'avons pu nous procurer absolument aucun détail sur son histoire pathologique.

Voici les résultats de l'*autopsie*. Le cadavre est de taille notablement au-dessus de la moyenne chez la femme et présente l'aspect et la conformation extérieure générale d'un cadavre d'homme. Les membres supérieurs, mais surtout les membres inférieurs sont fortement musclés, et les muscles de la région postérieure de la jambe sont particulièrement vigoureux. Le thorax, l'abdomen, sont ceux d'un homme. A la mensuration du bassin, on trouve 30 c. pour la distance des deux épines iliaques antérieures et supérieures, 28 c. du milieu de la crête iliaque gauche à la crête iliaque droite et 12 c. d'une tuberosité de l'ischion à l'autre. Les mamelles sont rudimentaires. L'aspect général de la face — n'était quelque peu de barbe — est moins différencié. L'on ne remarque pas d'asymétrie faciale ; les oreilles larges, ont un pavillon aplati, à peine ourlé : le lobule n'est pas détaché.

Le développement du système pileux est peu marqué. Point de barbe sur les joues, mais des moustaches et de la barbe autour du menton, rasées soigneusement, et qui ont pu, à un âge moins avancé, accentuer la figure masculine de l'individu ; actuellement elles ne dépassent pas de beaucoup, le développement de la barbe chez quelques vieilles femmes. Les sourcils longs, extrêmement drus et durs, sont implantés sur une arcade sourcillière saillante. Les cheveux ne rappellent pas la chevelure d'une femme ; ce sont ceux d'un homme qui les a laissé pousser depuis un certain temps. Sur le reste du corps, on trouve peu de poils. On n'en trouve point sur la poitrine, à part quelques rares autour du mamelon ; assez abondants sur le pubis ils ne remontent point sur l'abdomen, le long de la ligne blanche, comme cela se voit chez l'homme. On en remarque sur les grandes lèvres et autour de l'anus. Les membres supérieurs et inférieurs sont glabres.

L'aspect des organes génitaux externes, par contre, rappelle à s'y méprendre — à première vue — celui d'une vulve. On y trouve, en effet, des grandes lèvres, deux petites lèvres, un clitoris, et une ouverture vaginale, mais avec des particularités et des différences en plus ou en moins que nous allons étudier, et qui permettent d'éviter l'erreur.

Les *grandes lèvres* (G. l., *fig.* 25) forment deux bourrelets épais et saillants, décrivant une commissure antérieure, mais qui s'arrêtent à la hauteur du méat urinaire au lieu de converger en arrière. Quand le malade est entré à l'hôpital, la grande lèvre droite était tuméfiée, remplie par une entero-épiplocèle ; sur la table d'autopsie, elle est encore plus large que la grande lèvre gauche, mais ne contient rien. Leur face externe et leur bord sont couverts de poils ; leur face interne est pigmentée et lisse. Les petites lèvres (P. l.) sont arrondies en forme d'oreille, de 1 c. de largeur sur 2 c. de longueur, et nettement proéminentes. En bas, elles se

terminent un peu avant les grandes lèvres au-dessus du niveau de l'ouverture uréthrale. Leur extrémité supérieure se bifurque : la bifurcation inférieure ou transversale va rejoindre la lèvre de la face inférieure du clitoris ou gland, formant un véritable frein du clitoris, et la bifurcation supérieure se continue avec le capuchon du clitoris ou prépuce du gland.

Le capuchon (c) recouvre toute la base du gland qu'il *encapuchonne*, et ne laisse à découvert que l'extrémité de cet organe (*sur la figure* 2, *le capuchon a été relevé pour mieux montrer le gland et sa couronne.*) Par sa surface externe, le capuchon se continue avec la peau environnante : sa doublure interne s'arrête au niveau de la couronne glandaire pour revêtir le repli balano-préputial. Au-dessous de ce capuchon, on trouve un organe spongieux dont une partie est saillante dans la peau (C. c.) et dont l'autre recouverte par le repli préputial représente le clitoris, mais mérite mieux par son aspect le nom de *gland*. Ce gland (S) est de forme conique : son grand axe mesure 12 mm.; la circonférence de sa base est de 43 mm. Le bord supérieur est

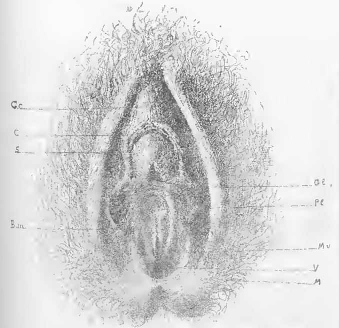


Fig. 25. — G. l. Grandes lèvres. — P. l. Petites lèvres. — M u. Méat urinaire. — V. Ouverture vaginale. — M. Fourchette. — B. m. Bride masculine. — S. Gland. — C. Capuchon ou prépuce. — C. c. Corps caverneux.

mince, curviligne ; le bord inférieur formant une véritable face est creusé en une gouttière qui représente la fosse naviculaire, et va en s'élargissant du sommet à la base, d'autant plus profonde qu'elle est plus étroite. Au sommet du gland, les bords de cette gouttière forment deux lèvres continues avec la bifurcation inférieure des petites lèvres, et sont si rapprochées qu'elles simulent un orifice, n'existant pas en réalité. La base de ce gland présente une couronne saillante débordant les corps caverneux qu'on voit sous la peau. La gouttière que forme le bord inférieur du gland se continue avec une gouttière (B. m.) qui se dirige verticalement de haut en bas, vers l'orifice vaginal. Mais la portion de gouttière, appartenant au gland, est nettement limitée par une mince rainure comme tracée avec une pointe d'aiguille. Les bords de cette gouttière peu accusés d'abord vont, en s'accentuant et en se repliant pour aboutir à un orifice taillé en bec de flûte et qui n'est autre chose que le méat urinaire (M. u.) La surface de cette gouttière est lisse, d'un blanc grisâtre, plissée dans sa partie supérieure. On y remarque de petits culs de sac dont l'orifice regarde en bas et en arrière vers le méat urinaire, et qui rappellent les *foramina* et les *foraminula* de *Morgagni*. Mais tandis que ceux-ci, dans l'urèthre normal, sont dirigés en avant dans le sens de la progression de l'urine et offrent leurs orifices au bec des instruments explorateurs, ici la disposition est inverse. De chaque côté du méat urinaire se voient deux petites poches où l'on peut faire pénétrer un mince fil d'argent à une profondeur de 15 mm. et qui représentent probablement l'orifice des glandes de Cowper, mais nous n'avons pu retrouver ces organes. Cette gouttière en relief (B. m.) qui attire le gland en bas et repose sur un bourrelet dur, représente la *bride masculine du vestibule* que *Samuel Pozzi* a décrit et dont il a fixé la valeur (1).

Au-dessous de cette gouttière, se trouve un orifice ovalaire, dont le plus grand diamètre mesure 18 mm. Orifice vaginal (*fig*. 25, V.), conduisant dans un cul de sac de 4 c. de profondeur. Cet orifice est bordé inférieurement par une mince membrannette formant une fourchette saillante (M.) Sur le bord supérieur de l'ouverture vaginale et un peu caché dans le canal qui fait suite se trouve le *méat urinaire* (M. u.) déjà mentionné.

En arrière, l'on trouve le raphé périnéal de 2[c] d'étendue, puis l'anus entouré de quelques poils.

Voilà ce qu'on observe à l'examen externe. Si l'on ouvre l'abdomen, l'on trouve une vessie normale au-devant du rectum, mais point d'utérus. Au-dessous de la vessie, l'on remarque seulement une petite masse charnue et creuse dans le fond de laquelle se rendent deux cordons aboutissant à deux testicules. En avant du réservoir de l'urine se trouve *le* corps caverneux que nous décrirons d'abord. En effet, si l'on dissèque par derrière, le gland et la saillie qui lui fait suite, l'on trouve un organe arrondi, impair, formé de tissu érectile et enveloppé d'une gaine fibreuse ; nettement limité en arrière du gland, il se dirige de haut en bas, sans se bifurquer et va s'insérer, non pas sur les branches ischio-pubienne, mais sur l'aponévrose supérieure du périnée, un peu en avant du col vésical. Au lieu d'avoir *des* corps caverneux, il n'y a qu'*un* seul corps caverneux, et nous n'avons pu retrouver le vestige d'une cloison de séparation. Au-dessous ou plutôt au-devant, l'on peut disséquer une deuxième tige de tissu spongieux enveloppée aussi par une gaine fibreuse : en haut et en avant, elle se continue avec le gland qu'elle forme, en bas et en arrière, elle se prolonge au delà du corps caverneux ; au niveau du point où cesse ce dernier, cet organe spongieux se bifurque et se place comme à cheval sur l'urèthre ; en même temps, il change de forme, s'aplatit et n'est bientôt plus constitué que par quelques trabécules spongieuses entre deux lames de tissu fibreux : ces deux lames longent de chaque côté l'orifice vaginal, mais ne l'entourent pas complètement et ne se rejoignant pas en bas laissent libres 8 mm. du segment inférieur de cette ouverture. En ce point, l'on trouve un tissu très vasculaire qui se retrouve à la périphérie de la portion vaginale du corps spongieux.

Au-devant de ce *corps spongieux de l'urèthre* plus superficiellement et juste sous la surface externe de la

(1) *De la bride masculine du vestibule chez la femme* et *de l'origine de l'hymen*, par S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine, in Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie. Janvier et février 1884.

bride masculine, se trouve une couche de fibres longitudinales. L'examen microscopique en a été pratiqué par M. Dubar, préparateur du laboratoire de la clinique chirurgicale du professeur Trélat, à la Charité, qui s'est mis à notre disposition pour la partie histologique de cette observation avec la plus grande obligeance. Cet examen a montré que cette *couche* était formée de fibres conjonctives et de fibres élastiques extrêmement abondantes.

Voilà ce que l'on trouve en avant de la vessie : au-dessous et en arrière se trouve la petite masse charnue que nous avons signalée. C'est un organe creux, cylindrique, de 5 c. de longueur : c'est dans son intérieur que nous pénétrions par l'orifice vaginal : nous l'appellerons organe utéro-vaginal mâle ou tout simplement *utérus mâle*.

Il présente une extrémité postérieure terminée en cœcum, qui ne dépasse pas le col vésical et une extrémité antérieure ouverte, correspondant à l'orifice vaginal. Par sa surface externe, il est en rapport en haut et en avant avec l'urèthre, en arrière et en bas avec le rectum. Sa surface interne, grisâtre, présente de petits replis anastomosés, assez nombreux. Près du cul de sac, sur la paroi inférieure, se trouvent deux orifices extrêmement petits, qu'une injection colorée, poussée par les canaux éjaculateurs, nous a fait découvrir et dont ils représentent l'embouchure. Cet *utérus mâle* présente des parois de 1 c. d'épaisseur ; elles sont grisâtres à la coupe et crient sous le scalpel. L'examen histologique en a été fait sur des pièces prises en différents points de cet organe, dans sa paroi supérieure, inférieure, près du cul de sac postérieur et près de son orifice.

Dans les premières préparations, l'on trouve des fibres connectives abondantes, des fibres musculaires lisses et des vaisseaux larges et nombreux. La structure varie un peu dans la partie antérieure ; les fibres musculaires lisses sont plus abondantes et à la périphérie de ce tissu de fibres lisses, de fibres conjonctives et de vaisseaux, l'on remarque quelques fibres musculaires striées.

L'urèthre est intimement soudé au bord supérieur de l'*utérus mâle* et de son orifice externe, à la vessie il mesure 4 c. Des coupes ont été pratiquées intéressant la paroi de l'urèthre, et l'organe creux que nous venons de décrire. Sur ces préparations, on voit la séparation nette des deux conduits. Du côté de l'urèthre, on trouve un tissu homogène, peu vasculaire, formé de fibres musculaires lisses, de quelques fibres musculaires striées et de fibres conjonctives ; puis au-dessous l'on voit le tissu vasculaire et comme criblé que nous avons décrit plus haut.

Nous avons vu qu'au fond du cul de sac s'ouvraient les orifices de conduits qui, à droite et à gauche, aboutissent à des organes testiculaires. Ces conduits cheminent d'abord dans l'épaisseur de l'utérus mâle où ils aboutissent, puis se renflent en fuseau, deviennent bosselés et au bout de 9 c. s'effilent de nouveau pour se diriger vers l'épididyme du testicule droit et du testicule gauche. On ne trouve pas de vésicules séminales distinctes. Evidemment, ces trois parties représentent la première les canaux éjaculateurs, la portion bosselée, les vésicules séminales, et la troisième partie le canal déférent. A gauche, le canal déférent est perméable sur toute sa longueur. Mais à droite, où se trouve une hernie, il est englobé dans la paroi du sac et réduit à un cordon fibreux dans lequel aucune injection n'a pu passer, et l'examen histologique a montré que la lumière de ce canal n'existait presque plus.

Les deux testicules diffèrent par leur situation, par leur volume. Le testicule gauche est en ectopie sus-inguinale. Il présente 3 c. 1/2 dans son plus grand diamètre. L'épididyme regarde en haut et en dehors ; on trouve une hydadide de Morgagni bien pédiculée. Près de la queue de l'épididyme, l'on remarque un point blanchâtre, sur lequel le scalpel gratte et de ces tubes incisés s'écoule un liquide blanchâtre qui, examiné au microscope, présente de nombreux cristaux.

Les vaisseaux de cet appareil testiculaire gauche se partagent en deux groupes : les uns, le plus grand nombre, remontent avec le canal déférent, mais un paquet de vaisseaux veineux se dirige en bas, en avant et en dedans pour aller se jeter dans le plexus veineux qui entoure les organes spongieux décrits.

A droite, le testicule est descendu dans la grande lèvre et contenu dans une vaginale. Il est plus gros que le gauche : son grand axe mesure 4 c. 1/2. Il est normalement orienté.

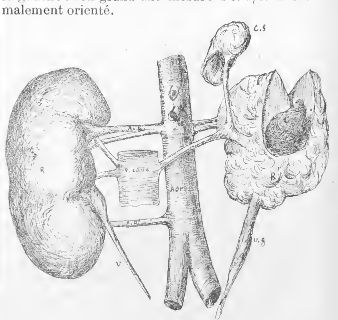


Fig. 26. — R. Rein droit. — A. R. Artère rénale droite. — U. Uretère droit. — R'. Rein gauche. — C. Calcul. — UG. Uretère gauche dilaté. — C. S. Capsule surrénale. — AR'. Artère rénale supplémentaire.

L'examen histologique de ces testicules n'a pas montré de spermatozoïdes. La paroi des tubes séminifères est fibreuse, épaisse et la lumière du tube, à peine visible, est pleine de cellules épithéliales à noyaux volumineux remplies de granulations graisseuses.

Nous en avons fini avec l'examen des organes génitaux de notre individu. Dans la grande lèvre droite se trouvait une anse intestinale avec de l'épiploon. Cette anse était rouge, mais ne portait aucun sillon de constriction : l'anneau inguinal est large et l'anse intestinale entre et sort avec facilité. Cette portion d'intestin était contenue dans un sac vagino-péritonéal, insinué entre le canal déférent et l'épididyme, séparés ainsi l'un de l'autre par cette hernie : l'on remarque quelques signes de péritonite herniaire, et dans la grande séreuse abdominale des lésions de péritonite aiguë.

L'on ne trouve rien de spécial du côté de la vessie, des intestins, de l'estomac, du foie, du pancréas, de la rate ; mais les reins présentent des particularités curieuses.

A droite, le rein est plus gros que de coutume ; à gauche, il semble ne pas exister. Le rein droit (R.

fig. 26) volumineux, de 15 c. de long sur 8 c. de large, occupe sa situation générale ordinaire.

Sa forme est normale : son contour est cependant un peu irrégulier et sa surface légèrement bosselée présente des sillons peu profonds, il est vrai, marquant la lobulation du rein. Il se laisse facilement décortiquer : sa coloration et son aspect extérieurs sont normaux et l'examen de la coupe du rein ne montre aucune lésion

A ce rein anormal appartient une distribution artérielle peu commune. Au niveau du point où naît habituellement l'artère rénale sur l'aorte, se voit une ampoule d'où partent immédiatement deux troncs artériels, du calibre chacun d'une forte sonde cannelée et qui, à première vue, semblent deux artères rénales distinctes (*A.R.*) Ces deux artères, après avoir cheminé d'abord parallèlement, se placent au bout de 1 c. 1/2 de trajet dans des plans différents. L'une — la branche supérieure — devient antérieure, l'autre est postérieure.

La branche antéro-supérieure, en arrivant dans la concavité du hile, se divise en deux branches, une supérieure qui se bifurque immédiatement et une inférieure; la branche postéro-inférieure donne deux rameaux qui abordent le rein par la partie inférieure du hile. Mais, outre cette artère rénale aussi *fendue*, en deux artères, l'on trouve une autre artère rénale supplémentaire. Cette deuxième artère rénale (A R'), naît de l'aorte à 5 c. au-dessous du tronc décrit et à 2 c. 1/2 au-dessus de la bifurcation aortique. Cette artère, un peu plus grosse que chacune des branches rénales qui se rendent au hile, se dirige transversalement pour aborder — sans donner aucune collatérale — l'extrémité inférieure du rein.

La capsule surrénale, l'uretère sont normaux. A gauche, nous ne trouvions pas d'abord de rein. A sa place, on rencontrait une masse fibro-adipeuse adhérant intimement à la colonne vertébrale et particulièrement à la deuxième lombaire dont nous ne pouvions la détacher, où se rendaient des vaisseaux et l'uretère (R'.) Cette masse jaunâtre, graisseuse d'aspect, dure et criant sous le scalpel fut incisée avec précaution : nous tombâmes enfin sur une bouillie calculeuse au milieu de laquelle se trouvait un plus gros calcul du volume d'une noisette, grisâtre et friable (C. *fig.*26.)

Dans la cavité contenant cette masse calcaire s'ouvrait l'uretère. Cette cavité de la capacité d'un bassinet normal, était limitée par une coque de 8 mm. d'épaisseur environ, plus homogène et plus dense d'apparence que les parties périphériques; en aucun point, à l'œil nu, on ne pouvait reconnaître rien qui rappelât le tissu du rein que cette masse devait évidemment représenter, puisque au-dessus se trouvait une capsule surrénale (*c. s.*) et que l'uretère venait s'y aboucher; de plus, l'on voyait allant s'y perdre, deux toutes petites artères perméables, et grosses chacune comme un stylet de trousse, qui naissaient de l'aorte par une petite ampoule commune, vis-à-vis du tronc rénal droit : c'étaient manifestement les homologues de l'ampoule et des deux artères jumelles du côté droit. L'examen microscopique en a été fait par M. Dubar. L'on ne trouve plus de parenchyme rénal, mais du tissu conjonctif où l'on aperçoit la coupe des vaisseaux, tous atteints d'endartérite et de périartérite. En quelques points, l'on retrouve des tubes urinifères entourés d'un manchon de tissu fibreux et dont la lumière est remplie par des cellules épithéliales; enfin, par places, l'on peut voir des groupes de trois ou quatre corpuscules de Malpighi avec des vaisseaux dans le voisinage, corpuscules transformés en petits blocs fibreux. L'uretère perméable dans toute son étendue, présente dans son 1/3 supérieur une dilatation fusiforme notable (u. g. *fig.* 26). La capsule surrénale (*c. s*) n'a pu être étudiée complètement; elle était jaunâtre, se réduisant en bouillie à l'examen.

Les organes thoraciques ne présentaient rien de particulier : les poumons étaient sains, le cœur en bon état était normal. Rien du côté de l'œsophage, du pharynx et de la bouche : la voûte palatine n'est pas surélevée et les dents presque toutes conservées sont régulièrement implantées.

Mais il nous faut signaler une lacune regrettable dans notre observation, lacune que nous avons retrouvée dans toutes les observations analogues que nous avons avons lues et qui nous a trop causé de regrets pour ne pas la signaler : l'examen de la moelle et de l'encéphale n'a pas été pratiqué.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, on trouve des faits anatomiques peu communs et de plus l'histoire d'un pseudo-hermaphrodite.

Il y a eu, chez ce sujet, un arrêt de développement des formations génito-urinaires interne et externe. Le rein droit, en effet, malgré son volume, n'est point un organe parfait dans son évolution comme le montrent les sillons lobulaires visibles à sa surface. En regard de ce gros rein muni de trois artères, nous pouvons mettre le rein gauche et ses vaisseaux minuscules. Evidemment ici intervient un facteur pathologique dont il est difficile d'apprécier toute la valeur; mais n'est-il pas permis de penser que ces petites artères se rendaient à un organe diminué par arrêt de développement comme ce petit testicule en ectopie sus-inguinale. L'arrêt de développement a été ici plus considérable qu'à droite, où l'on voit un testicule normal descendu, mais où l'on constate une non oblitération du canal péritonéo-vaginal.

Le volume du rein droit plaide en faveur du vice originel de constitution du rein gauche : il y a un rein droit volumineux, parce qu'à gauche, il y a une formation rénale insuffisante. Il n'y a pas là une seule compensation fonctionnelle, comme le montrent ces trois artères en rapport avec le volume du rein et la parfaite horizontalité de l'artère impaire, preuve de l'immobilité de l'organe qui eût entraîné le vaisseau dans son ampliation.

Mais il faut faire aussi une large part à la néphrite interstitielle dont la cause est difficile à fixer complètement. Est-elle sous la dépendance de la difficile irrigation du rein et rentre-t-elle dans les cas signalés par M. Lancereaux ? En tous cas, la lithiase est intervenue certainement de la façon la plus effective : peut-être n'a-t-elle fait qu'achever un processus déjà commencé. M. Trélat (1) a signalé la fréquence des calculs urinaires chez les hypospades, et nous avons rencontré le fait signalé dans les observations de ce genre. M. Trélat explique la formation de la lithiase vésicale ou rénale par la difficulté d'émission des urines. Mais, dans notre observation, les voies d'évacuation étaient largement perméables.

Il nous resterait à examiner notre observation au point de vue de l'histoire anatomique et psychologique de cet homme, considéré comme une femme pendant 69 ans. Nous avons eu l'occasion d'observer depuis, un autre hypospade périnéal qui vit aussi sous des habits féminins : nous publierons prochainement cet autre

(1) Société anatomique 1874.

cas de pseudo-hermaphrodisme et nous essayerons alors de tirer quelques conclusions du rapprochement de ces deux observations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos d'un article sur l'hospitalisation des vénériens en province. — L'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

Dans un article précédent (nº 12, p. 232), sur l'*hospitalisation des vénériennes*, nous avons parlé incidemment de M. Fleury, chirurgien des hôpitaux de Clermont-Ferrand. M. Fleury a trouvé un défenseur inespéré dans la *Province médicale* (1), que l'on représente comme l'organe des « jeunes. » Le rédacteur de l'article ne conteste nullement l'exactitude des faits que nous avons signalés ; il se contente de nous reprocher nos procédés peu convenables à l'égard d'un vieillard (2). M. Fleury a en effet 78 ans environ ; c'est un ancien élève de Dupuytren ; nommé professeur suppléant en 1836, il a été mis, l'année dernière, à la retraite, comme professeur, après 50 ans d'exercice, mais en conservant un service de chirurgie à l'hôpital. Nous n'ignorons pas (3) que M. Fleury a eu la réputation justifiée d'un excellent praticien, mais depuis Dupuytren la chirurgie a fait des progrès considérables sans que M. Fleury ait cru devoir perfectionner ses procédés ; actuellement encore les *pansements* de son service se font au *cérat*, déposé dans une armoire moins que propre, ou souvent déjà étendu d'avance sur les linges fenêtrés, exposés depuis un temps plus ou moins long à l'air libre. L'honorable chirurgien immobilisé à Clermont n'a sans doute jamais quitté sa ville natale depuis 1836 ; jamais sans doute, absorbé par la clientèle, il n'a trouvé le temps de se tenir au courant des travaux modernes parus soit à l'étranger, soit même en France.

M. V. Fleury, dans une lettre adressée à notre rédacteur en chef, n'a du reste, lui aussi, nullement contesté la véracité des faits que nous avons cités ; il se contente de s'indigner des termes un peu vifs, nous le reconnaissons, que nous avons employés à son adresse. Il joint à sa lettre une copie de l'*éloge* qu'a fait de lui, le 3 novembre 1886, un de ses collègues à la séance de rentrée des Facultés ; c'est, on le sait, la coutume de couvrir d'éloges dans ces sortes de cérémonies les professeurs décédés ou mis à la retraite ; ce sont des éloges qui n'engagent à rien, et M. Fleury, si chatouilleux quand on le blâme, sait au besoin, même dans des occasions réputées solennelles, être dur envers ses confrères de l'Université (4), mais ce qu'il s'est bien gardé de dire c'est que cet éloge, ce qui en atténue beaucoup la valeur aux yeux de tous les médecins sérieux et un peu au courant du personnel médical, émane de M. Imbert-Gourbeyre (1).

Les faits que nous avons avancés relativement aux services des vénériens ne sont contestés, nous le répétons, ni par M. Fleury, ni par la *Province médicale* : c'était l'affaire principale. Quant à notre appréciation de la personne de M. Fleury, elle aurait certainement gagné à être mieux enguirlandée : au fond, ce contre quoi nous voulions nous élever, c'est contre les graves inconvénients qui résultent *pour la science* du maintien dans les fonctions de médecin et de chirurgien des hôpitaux, dans celles de professeurs des écoles et facultés, d'hommes ayant dépassé 65 ans, et aussi contre les inconvénients qui, dans le cas particulier de M. Fleury, en résultent pour les malades ; sa thérapeutique aboutissant forcément à une mortalité de beaucoup supérieure à la statistique des chirurgiens qui emploient les procédés antiseptiques.

La lettre de M. Fleury, l'article de la *Province médicale*, loin de nous déplaire, nous sont donc agréables, car ils nous fournissent l'occasion d'utiliser les notes que nous possédons sur l'école préparatoire de médecine de Clermont et qui, sans cela, seraient probablement demeurées sans profit dans nos cartons.

Parmi les neuf professeurs de l'école en 1886, nous trouvons MM. Ledru, directeur et professeur de clinique externe, Dourif, professeur de pathologie interne, Gagnon, professeur de physiologie (2) ; puis, M. Tixier, professeur d'anatomie, ancien interne des hôpitaux de Paris, Imbert-Gourbeyre, professeur d'hygiène et de thérapeutique, etc.

M. Imbert-Gourbeyre, dont M. Fleury invoque à son appui la haute autorité morale et scientifique, mérite de nous arrêter quelques instants, quoique notre tâche ne soit pas sans péril, car, dans le pays, on nous a assuré qu'il était un peu dans les habitudes de ce professeur de poursuivre devant les tribunaux ceux qui le critiquent (3) ; aussi, nous garderons-nous d'apprécier d'une façon quelconque la conduite de ce fervent catholique, chef, comme il le répète sans cesse dans son cours, « *de la haute école homœopathique* », commandeur de l'ordre de Charles III, auteur de nombreuses brochures *homœopathiques*. Nous nous contenterons de rappeler aux souvenirs de nos lecteurs le bruit que provoqua son discours *sur les origines chrétiennes de la médecine* (nov. 1886), commentaire curieux du premier verset d'un chapitre des livres saints : *Honora medicum propter necessitatem; creavit enim illum Altissimus*, — et qui se termine par cette curieuse et originale prière :

(1) *Révolte des vénériennes à Lyon*, (*Province médicale*, nº 13 20 mars 1887, p. 208).

(2) La *Province médicale* du 9 avril contient (p. 240) un article qui se termine ainsi : « Morale : Se souvenir que la *vérité toute nue* déplait aux magistrats hommes *âgés* et pudibonds ». On voit que ce journal ne respecte les vieillards que d'une façon intermittente.

(3) La *Province médicale* se figure que les médecins parisiens n'ont jamais visité les facultés et les écoles de province, qu'ils ignorent les noms et les travaux des professeurs de ces centres d'instruction.

(4) *Rentrée solennelle des facultés*, etc., le 14 novembre 1885, p. 50, extrait du rapport de M. Fleury, directeur de l'école, sur l'enseignement de l'histologie : « Antipathique aux élèves, dit-il, en parlant de Robin, peu sympathique à ses collègues, ses exigences et son intolérance étaient plutôt de nature à dégouter de cet enseignement qu'à l'encourager ».

(1) Imbert-Gourbeyre, page 15 du tirage à part publié par la *Semaine religieuse* de Clermont.

(2) On trouve leurs noms cités dans une brochure intitulée : *Voyage de leurs majestés impériales en Auvergne*, par C. L. Cormont. — Clermont-Ferrand, 1862, p. 36.

(3) *Procès Mont-Louis*, pendant la réaction de mai. M. Mont-Louis fut condamné à 1,500 francs de dommages-intérêts pour un entrefilet de 10 lignes : cependant M. Imbert-Gourbeyre prétend ne se défendre que par la plume... celle des huissiers très probablement.

« O Christ, docteur suprême, soulève de plus en plus de tes mains divines les voiles qui cachent tant de vérités ; O Christ, confrère divin, préserve les médecins des fausses doctrines ; confirme-les dans la religion, la science, le dévouement et sois leur récompense au lendemain immortel (?) (1) »

M. Imbert-Gourbeyre est aussi l'auteur d'un livre curieux sur les *Stigmatisées*, publié à l'occasion de Louise Lateau, et dans lequel on trouve des chapitres intitulés : *Abstinence des saints ; — le calendrier de la stigmatisation* (énumération de tous les saints et saintes honorés de l'empreinte des divins stigmates) et la *liste historique* (?) *des stigmatisés*. Dans le temps, on s'en souvient, M. Bourneville (2) a montré l'inanité des théories et des explications de M. Imbert-Gourbeyre, en s'appuyant sur les faits cliniques et physiologiques acceptés par les médecins de tous les pays.

Nous aurons sans doute à reparler prochainement de l'école de Clermont-Ferrand, *des asiles d'aliénés* de cette même ville, dirigés par les *sœurs* et les *frères de l'Assomption* ; nous aurons également, s'il y a lieu, à revenir sur M. Imbert-Gourbeyre et à parler de la polémique engagée en novembre et décembre 1886 entre lui et le *Moniteur du Puy-de-Dôme*.

Pour en finir avec M. Imbert-Gourbeyre, âgé de 68 ans — et qui nous fournit un nouvel exemple à l'appui de la fixation à 65 ans de la *limite* d'âge des professeurs, — nous allons reproduire les conclusions de l'article publié par la *Justice* (9 nov. 1886) sous le titre : *Discours officiel*.

« Il est impossible, dit M. Millot, de s'expliquer l'adhésion tacite des représentants de l'autorité à cette incroyable philippique, et l'on ne comprend pas que le préfet ait laissé passer sans protester l'insulte lancée dans un discours officiel à la République et à ses lois. Mais le ministère n'est pas obligé de montrer la même tolérance, et nous voulons croire qu'il saura faire justice. M. Imbert est passible de peines disciplinaires. Le gouvernement ne saurait se dispenser de les appliquer. C'est le moins qu'il puisse faire, s'il osait devoir conserver comme professeur dans une école de l'Etat un homme dont l'enseignement semble inspiré par l'hystérie religieuse et qui ne peut donner que les notions scientifiques les plus extraordinaires aux élèves qui suivent ses cours. »

Tout ce qui précède donne une idée de l'esprit scientifique qui règne à l'école préparatoire de Clermont-Ferrand, car, nous le constatons avec regret, le directeur et les autres professeurs, en ne protestant pas contre un discours si contraire à l'esprit scientifique moderne, se sont, dans une mesure beaucoup trop considérable, solidarisés avec leur collègue, si singulier à tant d'égards.

Nos notes sont loin d'être épuisées et, s'il y a lieu, nous y puiserons encore des renseignements intéressants, surtout au point de vue des établissements de bienfaisance. P. Bricon.

(1) Imbert-Gourbeyre. *Loc. cit.*, p. 16. Imprimé d'abord dans le n° 46 de la *Semaine religieuse* de Clermont-Ferrand, ce discours a été tiré à part à Clermont, puis à Paris, chez M. V. Palmé ; il a enfin été reproduit en grande partie dans le journal l'*Ami des livres*, publié sous la direction de M. V. Palmé. M. Imbert-Gourbeyre avait déjà cité son verset favori, mais sans le développer, dans un autre *discours officiel*, en 1859. (Voir *Installation de l'école de médecine et de pharmacie de Clermont dans son nouveau local* ; — Clermont-Ferrand, 1859, p. 32.)

(2) *Science et miracle. Louise Lateau ou la stigmatisée belge*, 2e édition, Paris, 1878.

Journaux de médecine. — Par suite du décès de M. le Dr Georganta, directeur du journal le *Galien* (d'Athènes), notre ami M. le Dr Bambas prend la direction de ce journal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 avril 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Bouchard présente la thèse d'un de ses élèves, M. Roger, intitulée : *Action du foie sur les poisons*. La conclusion à en tirer est que la cellule hépatique est l'agent direct de la transformation des substances toxiques.

M. Laborde parle des expériences sur deux suppliciés dont il a déjà rendu compte à l'Académie de médecine.

A ce propos, M. Brown-Séquard, rapportant sa propre observation de mérycisme, admet, avec M. Laborde, le rôle de la cravate de Suisse agissant comme un véritable sphincter qui empêche le mélange intime des divers aliments.

M. Ch. Féré présente le crâne d'un individu mort dans son service de Bicêtre à la suite de coma terminant des attaques épileptiformes qu'il présentait depuis plusieurs années. L'autopsie montra, au niveau du lobe frontal gauche, une tumeur (sarcome angiolithique) répondant par sa base à une production osseuse du frontal. L'auteur insiste sur cette coïncidence qui lui a paru peu commune.

M. Chabry étudie les *processus tératologiques pendant la période de segmentation de l'œuf*.

M. Strauss remet une note de MM. Engel et Kiener sur les *rapports de l'asolibinurie avec l'ictère*.

MM. Pitres et Vaillard ont fait un grand nombre d'expériences desquelles il résulte que, contrairement à l'opinion admise, les nerfs subissent très facilement, quand on les met en contact avec certains réactifs, les altérations nutritives et dégénératrices qu'on est accoutumé à considérer comme dues à l'inflammation. Les expériences ont porté sur des cobayes et la substance irritante a été injectée dans la gaine du nerf accessible. Le lendemain, paralysie motrice et septive dans la zone d'innervation. Quelques jours plus tard, les nerfs présentaient au niveau et au delà des points d'ingestion des altérations dégénératrices. On eût pu penser que ce traumatisme avait occasionné ces lésions, aussi les auteurs ont-ils simplement poussé la section à travers les masses musculaires où cheminait ce nerf. Les solutions non irritantes n'ont produit aucun résultat. Mais après l'injection d'eau chloroformée, chlorurée, etc., sont survenues des anesthésies, paralysies motrices, troubles trophiques variables, pouvant aller jusqu'à la gangrène. A l'autopsie, altérations dégénératives des nerfs au-dessous du point où avait porté l'injection. En outre, les auteurs ont remarqué 1° que la sensibilité est plus fortement et plus rapidement atteinte que la motricité par les altérations portant sur les nerfs périphériques ; 2° que les lésions névritiques n'ont aucune tendance à progresser, durant une marche ascendante. En résumé, il est possible et facile de déterminer expérimentalement des névrites périphériques par l'ingestion de substances diverses au voisinage des tissus nerveux et de produire ainsi, soit des névrites légères s'accompagnant seulement de troubles de la sensibilité, soit des névrites graves abolissant à la fois les fonctions sensitives et motrices des nerfs.

M. Gréhant expose un perfectionnement du *procédé de mesure de la capacité pulmonaire*.

M. Quinquaud a expérimenté sur les animaux et sur l'homme l'action des bains très chauds et très froids. Il en tire les conclusions suivantes : Plongé dans un bain très froid, suffisant pour faire descendre la température R. à 30°, le sang absorbe une quantité considérable d'oxygène, ce qui est le contraire dans le bain très chaud. Le bain froid augmente l'exhalation de l'acide carbonique, le bain chaud la diminue. Toutefois ces phénomènes ne se produisent plus lorsque la température R. descend à 28° chez le chien. A 22°, la mort survient. Mais alors qu'on pourrait croire que la mort est avérée, si on plonge l'animal dans un bain à 50-52 C., la vie reparaît presque instantanément.

Le bain froid augmente considérablement les oxydations interstitielles. De plus, les bains très chauds et très froids produisent une hyperthermie pouvant aller jusqu'à la glycosurie. Il ne faut donc pas donner aux diabétiques des bains trop chauds, trop froids ou trop longtemps prolongés. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. CAZENEUVE (de Lyon) présente, en son nom et en celui de M. Arloing, un travail sur les effets physiologiques de deux *colorants rouges azoïques* très employés pour colorer les substances alimentaires. Ces auteurs ont entrepris l'étude du rouge de rocelline et du rouge de Bordeaux B ; ils ont opéré sur un type commercial très consommé. Pour obtenir des effets toxiques par injection dans le torrent circulatoire, il faut recourir à de très hautes doses. A doses élevées, la circulation et la respiration sont profondément modifiées. Le système vaso-moteur est le premier frappé, la respiration ensuite, puis le cœur ; mais si le cœur est frappé en dernier lieu, il succombe le premier. Ingéré par le tube digestif à des doses relativement élevées, ce colorant n'a aucun effet nuisible. Les auteurs concluent que le rouge de rocelline et le rouge de Bordeaux B. devraient rentrer dans la liste légale des colorants non nuisibles, pour colorer les denrées alimentaires artificielles de la confiserie et de la liquoristerie.

M. MOTET fait une intéressante communication sur *les faux témoignages des enfants devant la justice*. M. Motet rapporte plusieurs faits, aussi palpitants que démonstratifs, relatifs à des enfants craintifs, menteurs, ou à imagination trop ardente, qui n'ont pas hésité, dans des circonstances diverses, à accuser des innocents pour des attentats à la pudeur et pour des tentatives d'assassinat. En médecine légale, si l'étude des troubles en apparence aussi complexes que ceux que M. Motet vient de présenter le tableau, peut arrêter quelque temps ; si de sérieuses difficultés peuvent être vaincues, le médecin, habitué aux recherches de ce genre, trouvera, dans les enseignements de la clinique, dans une observation sévère et patiente, les éléments nécessaires pour remplir dignement son mandat et apporter à la justice la lumière qu'elle lui demande.

M. LAGNEAU, à l'occasion d'un récent travail de *M. Pietra-Santa* sur l'emprisonnement cellulaire, estime que le régime cellulaire est encore le meilleur mode d'emprisonnement, sans contester les améliorations inhérentes à toute organisation.

M. R. BLACHE lit une étude statistique sur les résultats obtenus par *l'application de la loi Roussel* dans le département de la Seine.

M. GRÉHANT fait une communication sur *l'anesthésie des animaux par l'acide carbonique et l'influence de ce poison sur la calorification*. De ses expériences, M. Gréhant pense qu'il serait dangereux de tenter chez l'homme l'anesthésie par l'acide carbonique, car les tissus imprégnés de ce poison perdent leurs propriétés physiologiques et la production de la chaleur est considérablement diminuée.

M. VIDAL, après avoir brièvement résumé la discussion pendante devant l'Académie, sur l'*Inspectorat des eaux minérales*, déclare que la commission maintient ses premières conclusions. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

Après avoir pris l'avis de la société, M. le président, sur la demande de MM. BESNIER et DOYON, met à l'ordre du jour la discussion sur le traitement de la syphilis en général. A propos du procès-verbal, M. GUYOT fait remarquer qu'il a observé maintes fois des angines de poitrine qui ont guéri ou semblé guérir sans aucune espèce de traitement. Quant à l'iodure de sodium il peut parfaitement bien donner de l'iodisme tout comme l'iodure de potassium.

M. HIRTZ rapporte l'observation d'un malade grand alcoolique et grand fumeur qui depuis trois mois présentait des accès d'angine de poitrine avec irradiations douloureuses persistant même entre les accès. L'examen du cœur et des vaisseaux n'indiquait rien d'anormal. Il fut soumis dès son entrée à une dose quotidienne de 4 gr. d'iodure de sodium et succomba néanmoins après un séjour de huit jours à l'hôpital. A l'autopsie rien, si ce n'est des plaques d'aortite aiguë sur la surface de l'aorte ascendante.

M. HUCHARD croit que dans ce cas la mort a été le résultat de l'ischémie cardiaque, due elle-même à un spasme des artères coronaires tenant soit au tabagisme soit encore à l'aortite et dans ce dernier cas se produisant par un mécanisme réflexe analogue à celui qu'à démontré François Franck.

M. GUYOT accepte l'influence de l'aortite mais refuse absolument une action quelconque au tabagisme, les accidents qui lui sont imputables cessant toujours immédiatement dès que le malade ne fume plus et d'ailleurs les cas dûs à cette cause sont bien rares. M. HIRTZ est du même avis.

M. HERVIEUX a eu à traiter une jeune femme qui depuis quatre ans, à la suite d'un phlegmon pelvien, avait un trajet fistuleux s'ouvrant dans le vagin et donnant lieu à un écoulement purulent fétide ayant amené un état cachectique grave. Il fit en introduisant une sonde par le trajet fistuleux des injections d'eau chlorurée dans l'intérieur même du foyer. Ce traitement fait chaque jour amena au bout de cinq mois une guérison complète de la malade.

M. RENDU rapporte l'observation d'une jeune fille de 23 ans, présentant tous les signes d'une chlorose grave, sans signes particuliers au cœur ou aux poumons. Elle mourut subitement le soir. A l'autopsie on ne découvrit rien de spécial sauf une congestion marquée du poumon gauche. L'artère pulmonaire gauche était complètement remplie jusque dans ses dernières ramifications par un caillot gris jaunâtre adhérent. L'artère bronchique correspondante était absolument normale; on ne trouva aucun foyer hémorrhagique dans le poumon. Il s'agissait d'une *thrombose ancienne.*

M. GAUCHER a observé deux cas semblables et M. FERRAND un également, mais il y avait alors une leucocytose marquée.

M. DEBOVE, depuis le 8 août 1884, époque à laquelle il a fait sa première communication sur le traitement des névralgies par le chlorure de méthyle a soigné un grand nombre de malades. Parmi ceux-ci il y avait environ 150 sciatiques vraies qui ont été guéries presque toujours d'une façon instantanée. La méthode donnent également de bons résultats mais moins étonnants pour le traitement des douleurs de natures variées, le lumbago par exemple. Il y a lieu dans l'emploi du chlorure de méthyle d'agir très superficiellement et sur une large surface, il faut autant que possible produire uniquement de l'érythème sans aller jusqu'à la vésication et encore moins l'escharification. Il faut agir prudemment sur la peau des diabétiques, des albuminuriques, des obèses, sur celle des malléoles et de la face interne des tibias; s'abstenir absolument sur les œdématiés. Après l'application du chlorure de méthyle, la peau reste définitivement pigmentée sauf pourtant à la face où l'on peut, ainsi que cela est souvent nécessaire pour le traitement de la névralgie faciale, faire des applications répétées et très légères.

M. Edg. HIRTZ signale quelques faits d'otite purulente chronique où l'on peut découvrir des bacilles tuberculeux. Les sujets chez qui cette affection avait débuté vers l'âge de 5 ans, présentèrent vers 20 ans de la méningite tuberculeuse. Il y a lieu donc d'examiner avec soin l'écoulement purulent des oreilles des enfants strumeux et si on y constate des bacilles de le considérer comme étant de nature contagieuse et de le traiter avec soin au moyen de l'iodoforme. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit un rapport sur un mémoire de M. REDARD, intitulé: *De la désinfection des instruments chirurgicaux par l'emploi de la vapeur d'eau sous pression*, à l'aide d'un autoclave analogue à ceux dont on se sert dans les laboratoires de bactériologie pour stériliser les milieux de

culture. Cet autoclave se compose de 2 compartiments, dont l'un comprend un panier où l'on place les instruments à désinfecter. M. Redard prétend qu'à 120° la stérilisation est absolue. M. Lucas-Championnière critique dans une certaine mesure la valeur pratique de cet autoclave et pense que M. Redard a un peu maltraité les procédés de désinfection chimique; pour faire mieux ressortir la supériorité de son appareil, il a rabaissé presqu'à plaisir la valeur de ces procédés, s'est placé dans des conditions spéciales, qui ne sont pas réalisées dans la pratique, surtout en ce qui concerne le service de M. Lucas-Championnière, le plus antiseptique de Paris. Cet autoclave ne permet pas de désinfecter les éponges qui, à 120° sont littéralement cuites. Cet appareil ne pourra donc pas remplacer absolument les procédés de désinfection ordinaire (acide phénique, etc.), mais peut être utile cependant en ce qu'il permet de faire subir de temps en temps aux instruments un nettoyage absolu au point de vue du microbe. M. Lucas-Championnière pense que s'il était plus vaste, l'autoclave pourrait rendre de grands services pour la désinfection des objets de pansements (compresses, etc.) pour stériliser la gaze iodoformée, etc.

M. Kirmisson fait remarquer qu'à Berne, chez Kocher, un appareil analogue, mais très grand, fonctionne très bien pour désinfecter les objets de pansement.

M. Pozzi en a vu un aussi chez von Bergmann.

M. Reclus fait un rapport sur un mémoire de M. Quenu intitulé : *Limite de la matrice de l'ongle, application au traitement de l'ongle incarné.* Quelques histologistes pensent que tout le lit unguéal peut fournir de l'ongle, d'autres, au contraire, que la lunule seule et la gouttière rétro-lunulaire donnent naissance à la substance de l'ongle. M. Quenu se rattache à la dernière explication qu'admet M. Arloing, en se fondant sur des recherches personnelles. Il en déduit un nouveau procédé pour l'opération de l'ongle à incarnation bilatérale. Il a obtenu de très beaux résultats.

M. Richelot a eu, lui aussi, avec ce procédé, des résultats immédiats superbes.

M. Després cite une observation qu'il a faite sur lui-même et qui prouve une fois de plus que la lunule et la gouttière rétro-lunulaire seules fournissent de l'ongle.

M. Després lit la *statistique des opérations* qu'il a pratiquées dans son service de la Charité pendant l'année 1886.

M. Thomas (de Tours) vient compléter l'observation d'un malade dont il a déjà entretenu la Société. Il s'agissait d'une tumeur vasculaire de l'humérus, à propos de laquelle M. Lucas-Championnière avait parlé de la malignité des tumeurs analogues. Son opéré a eu une récidive trois mois après (sarcome) et a succombé sans nouvelle opération. — Il cite un autre cas, à évolution analogue : kyste sanguin sarcomateux de la région massétérine; ablation, récidive, mort rapide.

M. Lucas-Championnière insiste à nouveau sur ces faits, à savoir que ce sont des tumeurs très malignes, à évolution très rapide, récidivant toujours. Cependant, avant la récidive, il est bien difficile de faire un diagnostic, car la matière manque; on n'a qu'une paroi kystique sans caractères bien nets. Ces tumeurs s'accompagnent de douleurs très vives.

M. Després cite un cas analogue observé par Nélaton : kyste sanguin du testicule, avec récidive sarcomateuse.

M. Schwartz a opéré dernièrement un malade analogue : sarcome kystique de l'extrémité supérieure de l'humérus à marche très rapide.

M. le Dr Chavasse lit un travail sur le *myxome kystique du genou.* (Renvoi à une commission.)

M. Bouilly montre un *rein cancéreux* qu'il a enlevé dernièrement. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séance du 13 avril 1887. — Présidence de M. le Dr Gouguenheim.

Laryngite hémorrhagique. — Le Dr Garel (de Lyon) rapporte l'observation d'un malade qui, atteint d'insuffisance mitrale, était pris de dyspnée à son réveil et rendait quelques caillots d'un sang noirâtre, à la suite de quintes de toux. A l'examen laryngoscopique, on constata la présence de caillots adhérents aux bords libres des cordes vocales, sur les éminences aryténoïdes et sur l'épiglotte, sans ulcérations de la muqueuse. Il présentait, en outre, quelques caillots au niveau des chances et à la partie antérieure des fosses nasales. Quelques jours plus tard, il eut du purpura et bientôt il succombait aux progrès de son affection organique.

L'auteur fait remarquer que dans les cas de ce genre la quantité de sang rejeté au dehors est variable, que la récidive est la règle et que le pronostic est bénin, à moins toutefois que l'hémorrhagie ne se fasse dans les couches profondes des tissus. Le traitement consiste à favoriser l'élimination du caillot sanguin au moyen de pulvérisations chaudes et émollientes.

M. Delie (d'Ypres) ne croit pas qu'on puisse donner le nom de *laryngite hémorrhagique* à la présence de caillots sanguins sur les cordes vocales.

M. Moure (de Bordeaux) réserve ce nom à une hémorrhagie qui se fait exclusivement dans le larynx.

M. Moura (de Paris) dit que les cas de M. Garel se rapporte à une affection générale. Pour dire qu'il y a laryngite hémorrhagique, il faut enlever les caillots; il a vu, pour sa part, le sang couler du ventricule à la suite d'une ulcération thyréoidienne.

M. Joal (du Mont-Dore) ne regarde pas l'observation du Dr Garel comme une laryngite, puisque son malade n'a présenté ni rougeur, ni gonflement, ni aucun autre symptôme laryngé.

M. Vacher (d'Orléans) fait observer qu'il ne faut pas appeler laryngite hémorrhagique l'hémorrhagie tuberculeuse due à une ulcération de la muqueuse.

M. Poyet (de Paris) est aussi d'avis que le cas de M. Garel se rattache à une affection générale comme ceux de Strubing.

M. Moure ne regarde pas comme des cas types les observations publiées par ce dernier auteur. — M. Garel fait observer que son malade a présenté des plaques opalines sur l'épiglotte, que de plus il a eu de l'inflammation de la muqueuse et de l'aphonie.

Traitement du catarrhe du sinus maxillaire. — M. Schiffers (de Liège), rapporte un cas de catarrhe du sinus maxillaire, à propos duquel il fait observer que le diagnostic est facile à faire, si l'on a constaté que l'écoulement du nez est fétide, unilatéral et intermittent. Il propose de traiter ce catarrhe en introduisant dans l'ouverture du sinus une sonde cannelée, dans laquelle glisse une tige terminée par un bistouri boutonné, destiné à faire une ou deux incisions pour agrandir l'ouverture du sinus, de manière à permettre de faire les lavages. Au lieu de bistouri, on peut employer une pointe de galvanocautère. A l'appui de son travail, il cite l'observation d'un malade qui avait les dents intactes, quoique atteint d'un catarrhe du sinus; aussi croit-il que la cause du catarrhe n'est généralement pas due à une lésion dentaire.

M. Baratoux (de Paris) est d'un avis contraire. Pour sa part, il a observé treize cas de catarrhe qui tous étaient dus à une lésion dentaire. La dent fut soignée par des confrères dentistes qui enlevèrent la racine et firent l'ouverture du sinus par l'alvéole, ce qui permit de faire des lavages qui amenèrent la guérison. Aussi croit-il que la plupart du temps cette affection est due à une lésion dentaire.

M. Chatelier (de Paris) croit à l'origine nasale du catarrhe du sinus, car il a trouvé, à l'autopsie d'un malade, des cavités nasales très larges et du pus dans le sinus maxillaire gauche et dans les sinus sphénoïdaux.—MM. Noquet (de Lille) et Fazel admettent l'étiologie dentaire. — M. Boucheron (de Paris) rappelle l'histoire du catarrhe du sinus maxillaire de Louis XIV, qui survint à la suite d'une carie dentaire. — M. Vacher croit que le sinus peut être pris par le catarrhe à frigore.—M. Poyet préfère faire des injections par l'alvéole que par le méat. — M. Gouguenheim résume la question en disant que si nous voyons relativement peu d'abcès des sinus, à la suite de carie dentaire, c'est que les malades vont plutôt trouver les dentistes.

Cas d'obstruction de la trompe d'Eustache. — M. Nuit (de Paris), a observé un cas d'obstruction de la trompe d'Eustache qui, rebelle à tous les traitements employés ordinairement, fut guéri au moyen de l'électrolyse. Après avoir fait une instillation de cocaïne dans la trompe, il fit passer pendant deux à

cinq minutes un courant continu de 3 milliampères et il put alors pratiquer avec succès les insufflations d'air dans la trompe.

M. MOURE croit qu'il eût été préférable de ne pas employer la cocaïne, afin de savoir si c'est l'électrolyse qui a produit l'amélioration obtenue. — M. BOUCHERON demande si le malade n'a pas eu de rétrécissement nouveau à la suite de l'électrolyse. M. Nuit répond négativement. — M. BARATOUX pense qu'il faut agir prudemment avec l'électrolyse, car il a observé un certain nombre de rétrécissements consécutifs à l'emploi de l'électrolyse, il ajoute que cette méthode n'est applicable qu'à de rares cas, comme il l'a déjà fait remarquer dans un précédent travail sur l'électrolyse ou galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache. — M. MIOT croit que les rétrécissements ne se produisent qu'à la suite des cautérisations profondes. — M. BARATOUX est d'un avis contraire, car avec les cautérisations superficielles d'une à deux minutes de durée et avec un courant de 2 milliampères il a observé des cicatrices dues à la réunion des deux faces de la plaie, quant on fait usage d'une tige qui cautérise sur toute sa surface.

Otite moyenne subaïgue, granulie aiguë, mort. — M. MÉNIÈRE (de Paris) a été appelé auprès d'un enfant qui, pris de douleurs d'oreille, présentait une température élevée, un pouls fréquent et des symptômes méningitiques. Il pratiqua une ouverture à la membrane tympanique et versa dans le conduit de l'eau laudanisée, puis des pointes de feu sur l'apophyse mastoïde. Ce traitement amena une détente, mais peu de jours après l'enfant était pris d'accidents qui firent penser à une fièvre typhoïde ou mieux à une granulie aiguë. Quatorze jours après le début de l'affection, le malade était mort.

M. MIOT pense qu'il s'agit d'une inflammation des sinus. — M. GELLÉ (de Paris) est étonné du titre d'otite subaiguë donné à ce cas qui a eu une marche si rapide, et demande si l'enfant n'a pas présenté un gonflement du faisceau vasculo-nerveux du cou qui aurait pu mettre sur la voie du diagnostic. Ces confrères ne croient pas au diagnostic de granulie, ils penchent plutôt vers une otite avec accidents méningitiques. — M. MENIÈRE fait observer qu'il n'a voulu montrer que l'otite pouvait être le début d'une affection générale, telle que la tuberculose. L'autopsie n'ayant pas été faite, il a dû s'en rapporter au diagnostic porté par deux confrères de province.

J. BARATOUX.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

X. De la claudication chez les enfants (sémeiologie et traitement); par le Dr E. BROUSSOLLE. — Paris. Steinhel, 1886.

XI. Guide des mères et des nourrices; par le Dr PÉRIER. — Paris, J.-B. Baillière, 1886.

XII Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge; par le Dr QUEYRAT.

X. M. Broussolle, dans sa thèse, étudie la claudication comme symptôme isolé, puis passe en revue les diverses affections dans lesquelles elle se rencontre, coxalgie, luxations, sciatique, contractures, paralysies, etc. L'étude du symptôme doit comprendre trois points : 1° Recherche des conditions dans lesquelles la claudication est survenue : elle peut être congénitale, débuter brusquement ou s'établir graduellement. Elle peut également être simple ou douloureuse. 2° Etude des caractères particuliers de la claudication : par l'observation directe, par la constatation d'un rhythme anormal de la marche (signe du maquignon), par l'observation des empreintes ; méthode que l'auteur n'a malheureusement pu appliquer que d'une manière insuffisante. 3° Examen spécial de la partie malade avec ou sans le secours du chloroforme.

Dans son chapitre de sémiologie, M. Broussolle place naturellement en première ligne la coxalgie et il nous montre que l'affection ne débute ni par la boiterie, ni par la douleur, comme on l'écrit en général. Les premiers symptômes se bornent à des troubles dans les habitudes de l'enfant; celui-ci devient moins remuant; il est moins solide sur ses jambes; sa marche est hésitante, il se fatigue vite, à chaque instant son pied butte, souvent il tombe. Enfin, avant de boiter, il traine la jambe et fauche. Un paragraphe est consacré à la *forme nerveuse de la coxo-tuberculose*, combinaison de la coxo-tuberculose et de la coxalgie hystérique, dans laquelle la contracture, très prononcée et très douloureuse, présente des intermittences et se manifeste, pour ainsi dire, par crises.

Après une étude très remarquable de la claudication dans la luxation congénitale, l'auteur passe à l'examen de ce symptôme dans la coxalgie hystérique, dans les contractures du psoas, des muscles pelvi-trochantériens et des adducteurs de la cuisse; affection rare, étudiée par M. le professeur Verneuil et dont M. Broussolle cite quatre cas.

La claudication, dans les affections du système nerveux est un peu négligée par l'auteur; il parle bien de la paralysie atrophique, mais ne fait que citer les paralysies d'origine cérébrale, diphtérique, l'atrophie musculaire progressive, etc. Après un dernier chapitre, consacré à la claudication simulée, nous arrivons au traitement qui comporte des indications spéciales, suivant que la claudication est symptomatique, curable ou incurable. C'est dans ce dernier cas que l'orthopédie doit remédier à un excès de longueur, à un raccourcissement ou à une mobilité anormale du membre. Comme adjuvant au traitement orthopédique, M. Broussolle préconise les moyens accessoires : bains, douches, électricité, saison thermales.

XI. Le livre que publie M. Périer, sous ce titre, est appelé à rendre de grands services aux personnes qui s'occupent de l'élevage des enfants. Sous un petit volume, il renferme tous les renseignements utiles concernant l'hygiène des mères, des nourrices, des nouveau-nés.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, M. Périer indique les précautions auxquelles une femme enceinte doit s'astreindre ; il entre non seulement dans tous les détails de toilette, d'habillement, d'alimentation, etc., mais encore il examine les divers accidents dont peut avoir à souffrir une femme en gestation, en indiquant les moyens d'y remédier. Un second chapitre concerne la femme en couches. On y trouve décrits les préparatifs de l'accouchement, les soins consécutifs et enfin l'auteur insiste avec raison sur l'hygiène de la mère qui allaite son enfant. Il lui indique le régime qu'elle doit suivre, les soins dont les seins doivent être l'objet, et, toujours, à côté de ces conseils, se trouvent indiqués les accidents qui peuvent se produire et la manière dont ils doivent être combattus. La deuxième partie est un excellent résumé de l'hygiène de la première enfance. L'alimentation des nourrissons y est étudiée en détail, dans un chapitre spécial. Enfin, la dernière partie de ce livre traite des soins d'urgence qu'une mère peut être appelée à donner à son enfant. Nous ne pouvons mieux exprimer notre jugement sur l'ouvrage de M. Périer qu'en souhaitant de le rencontrer au chevet de toutes les mères de famille.

XII. Suivant les auteurs, la tuberculose serait très rare chez les enfants de moins de deux ans. Or, durant l'année 1885, année pendant laquelle il remplissait les fonctions d'interne dans le service de M. Landouzy, M. Queyrat eut l'occasion de rencontrer, à la crèche de l'hôpital Tenon, 11 cas de tuberculose chez des enfants dont le plus âgé avait 23 mois et le plus jeune 3 mois.

Dans ses autopsies, M. Queyrat a rencontré presque constamment (9 fois sur les 11 cas signalés), une particularité qui, pour connue qu'elle soit, mérite, à son sens, d'être signalée. C'est la coexistence presque constante de noyaux ou de blocs de broncho-pneumonie, dont la partie centrale est constituée, soit par un amas caséeux, soit par une cavernule. Il est probable que dans bon nombre de cas où la broncho-pneumonie a été étiquetée : broncho-pneumonie à frigore, suite de bronchite ou rubéolique, il ne s'agissait que d'une bronchite « monnaie de tuberculose ». La broncho-pneumonie, en effet, n'est pas une maladie proprement dite, elle n'est qu'une lésion produite par une action irritative quelconque, portant sur l'appareil pulmonaire. Pourquoi l'arrivée dans le poumon de l'élément parasitaire de la tuberbulose ne déterminerait-elle pas la lésion qu'on appelle broncho-pneumonie ?

Au point de vue clinique, on trouve chez les petits broncho-pneumoniques quelque chose « qui crie » la maladie. Prostration, fièvre violente, accompagnée souvent d'hypertrophie de la rate : tout annonce un état infectieux. Lorsqu'on vient à faire l'autopsie, on ne trouve, pour expliquer tous ces phénomènes généraux, qu'un petit noyau de broncho-pneumonie de la largeur d'une pièce de un franc. On ne peut pas nier, lorsqu'on raisonne d'après les lois de la pathologie générale, qu'il existe un contraste frappant entre l'état général et la lésion anatomique.

Si maintenant on examine, au point de vue bactériologique ce noyau minuscule de broncho-pneumonie, on y trouve des bacilles caractéristiques qui viennent démontrer que l'enfant a succombé à une véritable infection. On est donc en droit de considérer nombre de broncho-pneumonies du premier âge comme de simples manières d'être de la tuberculose pulmonaire. En un mot, suivant l'expression de M. Landouzy, « toute broncho-pneumonie qui ne fait pas sa preuve (corps étranger des voies respiratoires, coqueluche, rougeole, diphtérie, etc.), *n'est que monnaie de tuberculose* ».

Ce diagnostic par pétition de principe peut s'aider d'un symptôme important : l'hypertrophie de la rate, si fréquente au cours de la tuberculose du premier âge, surtout si l'on peut éliminer du champ des hypothèses la syphilis. On aura, en outre : les commémoratifs, l'état cachectique coïncidant avec des lésions pulmonaires, avec des poussées intermittentes de broncho-pneumonie, les vomissements et souvent des convulsions. Mais pourquoi et comment ces enfants sont ils devenus tuberculeux? Tout d'abord, il faut remarquer que presque toujours ces enfants vivaient dans un milieu tuberculeux. Si alors il survient chez eux une coqueluche ou une rougeole qui fait desquamer, qui décape l'arbre respiratoire de haut en bas, on comprend très bien que l'épithélium des voies respiratoires, qui opposait une barrière suffisamment résistante aux invasions parasitaires, ayant disparu, l'ennemi entre dans la place.

Il faut aussi tenir compte ici de la question si controversée de l'hérédité de la tuberculose. MM. Landouzy et H. Martin ont donné la preuve expérimentale de l'existence de la tuberculose congénitale. Ils ont pris le fœtus d'une phtisique au troisième degré, fœtus né à six mois et demi par accouchement prématuré, et mort six heures après sa naissance ; il n'avait aucune apparence de tuberculose. Un fragment macroscopiquement sain de ce fœtus, inoculé à des cobayes devint le point de départ d'une tuberculose réinoculable en série. On peut reprocher à MM. Landouzy et H. Martin de n'avoir pas prouvé d'une manière irrécusable l'existence de la tuberculose par la recherche du bacille. Cette démonstration vient d'être faite par le professeur John (de Dresde). Le 20 février 1885, on trouve à l'abattoir de Chemnitz, dans l'utérus d'une vache, atteinte de tuberculose pulmonaire, un fœtus de huit mois. Or, on trouve sur ce fœtus, à la base du poumon droit, un nodule jaune grisâtre du volume d'un pois. Les ganglions bronchiques sont augmentés de volume : l'un d'eux est caséeux. Le foie est parsemé de tubercules miliaires. Les ganglions du foie présentent les mêmes altérations que les ganglions bronchiques. Au microscope, on trouve des cellules géantes. La recherche des bacilles, faite d'après la méthode de Koch et Neelsen, démontre l'existence de ces organismes dans la plupart des cellules géantes. Ils sont au nombre de deux, parfois quatre et cinq dans chaque cellule. La preuve bacillaire de la tuberculose congénitale étant établie, en ce qui concerne les animaux, on n'a plus aucune raison, d'après M. Queyrat, de douter de la possibilité de la tuberculose congénitale chez l'homme.

M. Queyrat tire de la contagion de la tuberculose une conséquence prophylactique de la plus haute importance. Il faut interdire à tout enfant de cohabiter avec un tuberculeux. Cette règle aura force de loi lorsqu'il s'agira d'un enfant atteint de coqueluche, de rougeole, de bronchite. Mais ainsi que le faisait remarquer M. Landouzy, si l'on peut beaucoup contre la tuberculose par contagion, que faire contre la tuberculose par hérédité, contre l'hérédo-tuberculose?

En résumé, M. Queyrat nous a montré, dans son intéressante thèse, que la tuberculose est plus fréquente dans le premier âge qu'on ne le dit généralement; le plus souvent, son début rappelle celui d'une broncho-pneumonie ; alors même que les lésions n'offrent pas l'aspect de lésions tuberculeuses, l'examen bacillaire permet de reconnaître la véritable nature de l'affection. La tubereulose de l'enfant est héréditaire ou acquise, et, dans ce dernier cas, il faut soustraire l'enfant à tout contact avec des tuberculeux.

Isch Wall.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

Vienne, le 30 mars 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je vous communique ci-dessous les résultats que M. le Pr Neumann a obtenus dans ses recherches sur « les différents centres de reproduction du virus syphilitique ». Après la disparition de tous les symptômes cliniques, on trouve encore dans la peau et dans les muqueuses de nombreux centres pathologiques dont les éléments consistent principalement en des cellules d'exsudation rondes ou fusiformes. Ces cellules sont très infectieuses au 1er stade de l'évolution de la syphilis ; elles conservent leur virulence pendant longtemps, augmentent, prolifèrent très vite et deviennent pour cette raison de nouvelles sources d'infection pour l'organisme dans lequel elles se trouvent. Elles peuvent aussi infecter d'autres individus bien portants, si certaines parties de leur corps sont dépourvues de leur épiderme et sont en contact avec les individus chez lesquels ces cellules infectantes existent.

Dans le 2e stade de la syphilis, ces cellules montrent aussi une grande vitalité ; elles augmentent rapidement et cela d'autant plus s'il y a des irritations extérieures ou des conditions spéciales de constitution.

Dans la période tertiaire de la syphilis, les cellules d'exsudation augmentent et prolifèrent lentement et irritent le tissu limitrophe à l'inflammation dans un moindre degré; elles possèdent à ce temps moins de virulence et occasionnent plutôt des formations de tissu conjonctif ou des hypertrophies ; plus tard elles subissent un processus graisseux ou caséeux.

M. Neumann fait remarquer qu'il faudra encore examiner d'autres organes dans le 1er stade de la syphilis, et notamment savoir si dans la syphilis viscérale la paroi des vaisseaux n'est pas aussi affectée à ce moment et si les cellules d'exsudation, en augmentant de plus en plus, forment un danger continuel pour l'organisme.

Le traitement anti-syphilitique devrait donc être continué aussi après la disparition de tous les symptômes cliniques ; mais comme les agents anti-syphilitiques tels que l'iode et le mercure ont un effet nuisible sur la nutrition, notre conduite thérapeutique, dans des cas pareils, devient une des plus difficiles.

M. le Dr Neusser, assistant de M. le Pr V. Bamberger, qui avait été invité par le ministre de l'instruction publique d'Autriche à faire un voyage dans le Frioul autrichien et en Roumanie pour étudier la nature de la *Pellagre* et les mesures prophylactiques à prendre contre cette maladie, a récemment fait une intéressante communication sur ce sujet. Voici les détails les plus intéressants et les plus importants de ce travail :

M. le Dr Neusser a observé la pellagre le plus fréquemment chez des Italiens et chez des Roumains. Les nourrissons et les enfants ne sont pas souvent affectés de cette maladie. Quant à l'hérédité, elle est encore douteuse. Le terme « *Pellagra* » dérive de « *pel agra* » (*peau âpre*). Il n'existe pas encore de statistiques exactes : quant à la fréquence de cette maladie, d'après un calcul approximatif de M. Neusser, il y aurait dans le Frioul autrichien (*pro anno* 1886) 1.068 cas de pellagre sur 36.588 habitants, c'est-à-dire environ trois pour cent de cas de pellagre ; parmi ces cas, il y aurait 96 cas chez des sujets atteints d'aliénation mentale, c'est-à-dire 9 0/0 de cas de démence. Dans quelques endroits la proportion serait même

de 25 pour cent de cas de pellagre. Quant à la façon dont se nourrit la population, il faut remarquer que la population la plus pauvre du Frioulal (laquelle se nourrit presque exclusivement de *polenta*, de maïs), offre le plus grand contingent de cas de pellagre. En Roumanie, les classes inférieures de la population se nourrissent aussi de *polenta* (appelée dans ce pays « *mamaliga* »), mais elles prennent aussi du lait, du fromage, des légumes et de temps en temps de la viande; on observe néanmoins la pellagre en ce pays dans la population pauvre.

La maladie est caractérisée par une série de symptômes nerveux et intestinaux; son évolution clinique est la suivante : débilité, maux de tête, vertiges, douleurs dorsales, troubles gastro-intestinaux; en même temps, au commencement du printemps, on observe des érythèmes dans les régions du corps nues, principalement sur le dos de la main et des pieds. Après quelques semaines, ces symptômes disparaissent avec une desquamation simultanée des parties érythémateuses de la peau, et l'évolution de la maladie semble être finie. Au printemps suivant, cependant, toute la série de ces accidents se répète et quelques-uns sont même plus intenses. On observe des troubles cérébro-spinaux très graves, des crampes, des contractures et souvent une atrophie musculaire. Dans cette période les malades meurent souvent par suicide ou avec des symptômes méningés ou typhoïdes. Quand la maladie a une durée plus grande, on observe aussi des paralysies des extrémités et de la vessie, des diarrhées colliquatives et de l'hydropisie; les troubles cérébraux amènent une imbécillité complète. Les symptômes nerveux consistent dans une dépression mélancolique, des sentiments d'anxiété, des pensées de suicide, rarement du délire furieux, des hallucinations et enfin l'imbécillité. Les troubles sensitifs sont caractérisés par des maux de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des douleurs dans la nuque et dans le dos, un sentiment de froid dans les extrémités inférieures, plus rarement on observe des formications. Les réflexes tendineux sont augmentés dans la plupart des cas; quelquefois ils sont normaux. Maintes fois les réflexes tendineux sont augmentés aux membres supérieurs, tandis qu'ils sont tout à fait absents aux membres inférieurs, comme cela arrive aussi dans la paralysie progressive des aliénés. Les troubles de motilité sont caractérisés par des crampes et des contractions musculaires. Le symptôme le plus important est le changement qui survient à la peau. Outre les pigmentations il faut prendre en considération les érythèmes caractéristiques qui ont une grande ressemblance avec des érysipèles indolents et turpides et qu'on observe principalement sur les parties de la peau qui sont exposées à l'influence du soleil, tandis que les parties du corps qui sont couvertes et qui sont protégées contre l'effet du soleil ne montrent pas de tels érythèmes.

M. le Dr Neusser a fait remarquer qu'on pouvait peut-être conclure de ce fait que ces érythèmes n'étaient que de simples érythèmes solaires situés sur une partie vulnérable et sur une peau mal nourrie, comme dans les cas de diabète; cependant, plusieurs observations que M. Neusser a faites à Goritza et en Roumanie ont fait conclure qu'on avait affaire dans ces cas à des troubles neurotrophiques et que le soleil ne jouait que le rôle d'une « *cauterisatio provocatoria.* » Les troubles gastro-intestinaux consistent dans les symptômes suivants : pyrosis, gastralgies, manque d'appétit, boulimie ou diarrhées. La langue est chargée et montre de soi-disant gerçures; M. Neusser attribue une grande importance diagnostique à ce dernier symptôme dermique.

Cubain est d'avis que le « *Bacterium maïdis* » qu'on trouve dans les selles des individus qui sont affectés de pellagre est la cause de cette maladie et considère pour cette raison la pellagre comme une *mycose intestinale*; cette opinion n'est pas confirmée par les recherches de M. Paltauf. M. le Dr Neusser est d'opinion qu'on a affaire dans ce cas à un poison chimique. La théorie qu'il a fondée sur ses recherches personnelles est la suivante : « La pellagre est le résultat de deux facteurs, dont l'un doit être cherché dans la *polenta* gâtée elle-même et l'autre, dans la condition de l'intestin de l'individu qui se nourrit de la polenta; autrement dit que la pellagre doit être considérée comme une « *anto-intoxication intestinale.* » Le maïs gâté ne contient pas encore de poison, d'après l'avis de M. Neusser, mais il contient les degrés primitifs *(Vorstüfen)* de ces poisons qui sont transformés dans l'intestin des « *candidats de la pellagre (Pellagracandidaten)* par décomposition en des poisons vrais, de la même manière que l'amygdaline est transformée dans certaines circonstances en acide hydrocyanique.

Quant aux différents types cliniques de la pellagre, ils sont les suivants : 1) Maladie mentale; 2) Une sclérose des cordons latéraux amyotrophique; 3) Tétanie; 4) Méningite; 5) Gastro-entérite ou ulcération intestinale folliculaire ou dysentérie; 6) Dégénération chronique des organes, combinée avec une atrophie consécutive; 7) Cachexie essentielle ou anémie; 8) Maladie d'Addison (*morbus Addisonii*), et aussi chez des individus qui ne sont pas blonds (malariques (*malarisck*) la malaria); 9) Dermatose pure, dans laquelle le reste des symptômes n'existe que dans des conditions rudimentaires; 10) pellagre *sine Pellagra,* ce qui veut dire présence de tous les symptômes. à l'exception de ceux qu'on observe sur la peau.

Les lésions anatomo-pathologiques sont : défaut de transparence et épaississement des méninges du cerveau et de la moelle épinière. Ramollissement, sclérose ou atrophie de la moelle épinière. Les cellules de la moelle épinière sont fortement pigmentées, de même les cellules des ganglions spinaux, qui correspondent aux parties de la peau affectées d'érythèmes chez les pellagreux. On observe souvent aussi une atrophie des nerfs cutanés, du dos de la main, du foie, de la rate et des reins.

M. Neusser discute les mesures prophylactiques à employer contre cette maladie et recommande différentes mesures pour préserver la population de la pellagra (dans le Frioul autrichien); il s'élève contre l'usage du maïs gâté ou non mûr. Il recommande, entre autres, l'établissement de fourneaux de dessication (comme en Italie) pour dessécher le maïs immédiatement après la récolte, puis l'établissement de magasins d'après la méthode mexicaine, l'amélioration de la situation matérielle de la population des Bracoixuti dans le Frioul, etc.

M. le Dr Grossmann. qui a travaillé dans le laboratoire de M. V. Basch et a étudié *l'œdème des poumons* produit par le *muscarin*, arrive aux résultats suivants : 1) Le muscarin produit un œdème pulmonaire aigu et général, un œdème congestif (hypérémique, *Stauungsœdem*). 2) Cette congestion se manifeste par une élévation de la pression du sang dans les veines, dans l'oreillette droite du cœur (*atrium dextrum*), dans l'artère pulmonaire, dans l'oreillette gauche, et par un abaissement de la pression dans l'aorte. 3) La congestion (*Stauung*), est due à un spasme des muscles du cœur; ce spasme est plus intense dans le ventricule gauche que dans le ventricule droit. 4) L'atropine et l'irritation des nerfs accélérateurs abolissent l'œdème pulmonaire qui est produit par le muscarin.

Veuillez agréer, etc. Dr Leibowitz.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur le miel eucalypté naturel secrété par les abeilles noires, sauvages de Tasmanie (Australasie), dans des ruches énormes, construites par elles, au sommet d'eucalyptus gigantesques (1).

Par le Dr Ch. Thomas-Caraman, médecin de l'établissement thermal de Forges-les-Eaux (Normandie, Seine-Inférieure).

HISTORIQUE DE LA DÉCOUVERTE

Le 25 mai 1884, M. E. Guilmeth, explorateur français, naturaliste distingué, docteur même *in partibus*, faisant un voyage au centre de l'Australasie, arriva dans une vaste clairière, traversée par un cours d'eau peu profond et entourée d'*eucalypsus* hauts de 80 à 120 mètres. Il fit halte au bord de l'eau et examina ces arbres au milieu desquels le hasard l'avait conduit. L'œil armé de sa longue vue, il aperçut bientôt, à l'enchevêtrement de deux grosses branches, à une hauteur d'environ 80 mètres, une hutte bizarre,

(1) Note lue à l'Académie le 25 janvier 1887.

trapuc, arrondie en dôme, aux parois extérieures brunâtres et rappelant un peu les revêtements en torchis de nos campagnes. Il était trois heures de l'après-midi, le thermomètre marquait 18° à l'ombre. Cette massive verrue et cette végétation étonnante (M. Guilmeth croyait avoir découvert une galle monstrueuse), l'intriguèrent beaucoup. Il continua son examen en changeant de position, sans pouvoir percer le mystère. Monter dans l'arbre à cette hauteur était impossible. Il attendit patiemment. Sa ténacité reçut récompense. Vers quatre heures et demie, en effet, il entendit un murmure continu, un bourdonnement lointain, et il vit alors une myriade d'insectes noirs, moins gros que nos abeilles, s'agiter autour d'une ouverture de la hutte. Nul doute pour notre naturaliste, il s'agissait là d'une ruche immense et d'abeilles noires inconnues de lui. Alors il se rappela qu'il avait vu quelquefois ses Australiens sucrer leurs breuvages, quand ils étaient malades, avec une sorte de miel qui n'avait même pas attiré son attention. Cette découverte, dont il ne pouvait encore calculer l'importance, excita l'enthousiasme de M. Guilmeth à tel point qu'il voulut, sans plus tarder, posséder une de ces ruches. Ordonner une ascension à ses Canaques, les exposer aux piqûres mortelles de la légion apiculaire, était insensé ; il appela les deux charpentiers qui le suivent dans ses voyages d'exploration, et l'on commença le sciage de l'eucalyptus choisi. Chose étonnante, des abeilles espions dépêchées de la colonie, venaient à 5 mètres des travailleurs, comme pour faire une enquête, repartaient à tire d'ailes, puis d'autres les remplaçaient; il en fut ainsi jusqu'à la fin. Ce travail fut seulement achevé le lendemain. L'arbre avait 7 mètres de diamètre. M. Guilmeth en a vu dont la circonférence était telle que quarante Canaques se tenant par les mains (ce qui suppose 1 mètre 50 par homme, les Canaques sont petits), avaient peine à embrasser le tronc. Le diamètre de ces eucalyptus serait de 19 à 20 mètres Enfin, après mille précautions, le sciage progressif, suivi d'abattage à la hache des sections obtenues étant terminé, toute la caravane tira sur de longues cordes placées à 25 mètres de hauteur, et l'arbre, perdant équilibre, s'abattit tout d'un coup. Alors ce fut, parmi les abeilles, un bourdonnement étourdissant. M. Guilmeth, qui suivait la scène à distance, fit vêtir de cotonnades une escouade de Canaques, lesquels, face et mains couvertes, s'avancèrent à l'assaut de la ruche, en tapant à tour de bras sur des tambourins du pays. Bientôt la Reine s'envola, suivie de presque toutes ses sujettes, et, deux heures après la chute de l'arbre, on fût maître de la place.

M. Guilmeth put enfin goûter le miel et il le trouva si chargé de tous les principes actifs de l'eucalyptus (essences et autres), dont il connaissait les propriétés thérapeutiques si remarquables, qu'il résolut de revenir sur ses pas, la récolte faite, et de nous en envoyer une certaine quantité.

En trois jours, on fabriqua, sur place, avec des planches d'eucalyptus provenant de l'arbre scié, une série de petites caisses qui reçurent le miel. M. Guilmeth en recueillit 3.500 kilogrammes ; la ruche pesait encore 1,000 kil. ; soit 4.500 kil. en tout. Depuis, M. Guilmeth a fait abattre des eucalyptus dont les ruches ou nids pesaient 6.000 kil. et donnaient 5.000 kil. de miel, par *pleins barils*.

L'ABEILLE NOIRE. — LE MIEL. — ANALYSE. — COMPOSITION

L'abeille. — Il nous a été impossible de trouver un renseignement quelconque dans aucun Dictionnaire ou Traité ou Monographie sur cet insecte. Aussi, sommes-nous très heureux de pouvoir présenter à MM. les membres de l'Académie deux exemplaires de ces merveilleuses ouvrières. Jusqu'à plus ample informé, nous proposons donc de nommer cet insecte *apis, nigra-mellifica*. Cette abeille est noire, petite ; sa *languette* ou *trompe* est ou paraît beaucoup plus développée que celle de nos *mulets* de France ou d'Algérie. M. E. Guilmeth a essayé, sans succès, de la domestiquer en Tasmanie. Par contre, on a tenté de faire essaimer des abeilles en Algérie, au voisinage des plantations d'eucalyptus. On espérait obtenir, par ce moyen si rationnel, un miel particulier. On sait, en effet, que le miel de Narbonne doit son parfum spécial au *romarin* des collines et coteaux qui l'entourent, celui du mont *Hymette*, aux *labiées* qui couvrent cette montagne. Les abeilles domestiques, condamnées à butiner seulement les fleurs et feuilles d'eucalyptus sont mortes peu à peu et il a fallu renouveler entièrement la flore provisoirement arrachée, pour nourrir les nouveaux essaims. La lentille (1) à deux compartiments séparés par un disque métallique noirci, renferme d'un côté une abeille entière trouvé dans le miel qui nous a été envoyé, et, de l'autre, des débris d'alvéole, de ruche, plus une jeune abeille toute mignonne (grossissement double.)

Les mœurs de ces petites abeilles noires sont, d'après M. Guilmeth, à peu près les mêmes que celles de leurs camarades civilisées.

Le *miel*. — Passé au tamis moyen, à une température de 20°, il se présente sous l'aspect d'un liquide assez transparent, sirupeux, épais, homogène, de couleur orange-foncé. Son odeur, *sui generis*, décèle immédiatement sa nature, sa composition spéciale. S'il est permis d'ainsi parler, il sent l'eucalyptus à *plein nez*. Il est très soluble dans l'eau, le lait, les vins naturels, beaucoup moins dans l'alcool. Sa fermentation est très difficile à cause de la grande proportion de sucre (lévulose) 612 grammes environ par kilogramme. Malgré les précautions les plus attentives, en maintenant le milieu à une température constante de 25°, il nous a été impossible, tout récemment, d'obtenir une fermentation sérieuse.

Analyse. — Composition. — Depuis fin 1884, il a été fait plusieurs analyses comparatives. Nous citerons seulement la dernière, qui est la plus complète et qui permet de se faire une idée exacte de l'immense valeur thérapeutique de ce remarquable produit naturel. L'analyse suivante a été faite par M. Charles Hérisson, ancien élève du Muséum d'histoire naturelle (laboratoire Frémy), essayeur à la Monnaie, directeur du Laboratoire de la Pharmacie Chevrier.

Déviation à la umière polarisée	— 22°	
Densité.	1.44	
Miel 1 kilogramme.		
Sucre réducteur (lévulose en majeure partie). .	611 gr.	6
Cendres.	1	8
Eau.	215	6
Principes actifs { Eucalyptol, eucalyptène, terpène, cymol, matières odorantes, résineuses, colorantes. }	171	»
Total.	1000	»

A priori ce qui saute aux yeux, c'est l'énorme quantité de sucre réducteur, absolument pur, et surtout celle des principes actifs. En 1870, après le remarquable travail du Dr Gimbert sur « l'*Eucalyptus Globulus* », on s'occupa tout particulièrement de l'Eucalyptol seul, produit relativement cher, très peu abondant, qui se sublime le premier, dans la distillation des fleurs ou feuilles ; mais on reconnut bien vite qu'avec lui se trouvaient des hydrocarbures en grande quantité, d'une valeur thérapeutique inappréciable, dont un se trouve avoir des propriétés singulières, vaguement signalées dans les travaux antérieurs. Ainsi, M. Hérisson, en suivant les phases diverses de l'analyse, ayant eu l'idée de s'approcher des appareils, fut pris d'éternuements répétés et très violents, tandis que l'on peut, impunément, respirer largement l'Eucalyptol proprement dit, sans éprouver ce besoin impérieux. L'Eucalyptol du miel, comme MM. les membres de l'Académie peuvent s'en rendre compte, d'après l'échantillon présenté, lequel provient d'une analyse antérieure, forme un liquide blanc, légèrement ambré, presque opaque. L'ensemble des autres principes actifs constitue une masse gris-brun, opaque, d'une odeur spéciale qui diffère de celle de l'Eucalyptol. Elle comprend l'eucalyptène, la terpène, le cymol, etc., etc.

On a essayé de reconstituer le miel eucalypté en mélangeant aussi intimement que possible au moyen d'un appa-

(1) Elle a été montrée à l'Académie.

reil à ailettes, à 20°, toutes proportions égales d'ailleurs à celles indiquées par l'analyse, du miel de Narbonne, avec les principes actifs nouvellement extraits du miel eucalypté naturel. Les résultats ont été négatifs. Malgré les soins les plus minutieux, il a été impossible d'obtenir un tout homogène; les principes actifs restent en suspension, bientôt le miel reprend son état antérieur, tout ce qui est volatil s'évapore, et le reste se cantonne dans la masse par petites quantités séparées.

Expériences. — Nous les avons commencées, un de mes amis et moi, vers la fin de 1885. Mais nous les avons faites séparément, afin de nous servir mutuellement de pierre de touche et de contrôle. Elles ont été instituées sur les animaux et l'homme bien portant (moi entre autres). 1° *Sur les animaux.* Si l'on donne en plusieurs fois par jour à des chiens, dans du lait tiède dont ils sont très friands, 150 à 175 de miel bien dissous dans ce véhicule naturel, on constate un ralentissement du cœur, et, par suite, une diminution très surprenante du nombre des pulsations. Il y a lutte pourrait-on dire entre le pneumo-gastrique et les ganglions cardiaques. Après une légère fébricule avec stimulation au début, le pouls crural battant par ex : 124 fois par minute chez un chien de petite taille, tombe à 75, 70 même. En même temps la température s'abaisse de près d'un degré centigrade. L'effet produit dure 24 heures au moins, avec légère tendance au sommeil mais sans aucun symptôme de dépression toxique. Le miel de Tasmanie est donc un modérateur de la circulation et un hypothermique par excellence. Si l'on se rappelle l'expérience de Mosler, on comprend pourquoi ce miel, synthèse naturelle idéale, je le répète, de tous les principes actifs de l'eucalyptus possède ces propriétés. Mosler ouvrit le flanc d'un chien, mit la rate en évidence, fit une injection hypodermique d'eucalyptol et, deux heures après, il constata une réduction de 1 centimètre sur tous les diamètres de l'organe splénique. La quinine n'agit pas autrement, mais quels dangers ne doit-on pas redouter d'un usage prolongé ou de doses élevées de ce précieux alcaloïde. Ici rien à craindre de semblable; le miel eucalypté, fébrifuge très puissant, est en plus aliment de premier ordre, ce qui explique pourquoi nous l'avons vu réussir dans des cas où la quinine ne pouvait être tolérée, ou ne produisait pas d'effet utile.

2° *Sur l'homme bien portant.* Mon ami et moi nous avons fait des expériences parallèles et nous sommes arrivés à peu près aux mêmes résultats.

Lorsqu'on prend une bonne cuillerée à bouche de miel eucalypté dans un peu d'eau tiède ou de lait, outre que l'on a le plaisir d'absorber un breuvage fort délectable, on sent, après quelques minutes, une chaleur douce, agréable, envahir tout son être. Au bout d'une demi-heure, l'élimination d'une partie des principes actifs par les bronches et le larynx ayant commencé, la voix devient plus claire, plus éclatante, l'haleine parfumée; il semble que les poumons soient plus élastiques, plus souples. En continuant cette expérience, pendant une semaine, à la dose de quatre cuillerées par jour, on arrive à des résultats tels que nous, qui possédons un embonpoint respectable (186 livres environ), nous pouvons gravir deux étages, escalier deux par deux, sans nous arrêter et souffler bien fort. En même temps il y a une légère diurèse avec augmentation de l'urée (dépôt rouge au fond et sur les parois du vase), avec une odeur assez prononcée des urines rappelant celle de la cassie plutôt que de la violette. La cassie, mimosée arborescente, très commune en Algérie, sert à préparer un parfum, jadis très en vogue, auquel notre anglomanie habituelle a donné le nom de « *New Mown Hay* » (odeur de foin fraîchement fauché).

Action physiologique. — D'après ce qui précède, on doit conclure que le miel eucalypté naturel, possède des propriétés multiples, efficaces, que nous allons étudier sommairement sous ces cinq faces principales, en tant que:

1er *Aliment.* Il contient 612 grammes par 1000 de sucre très pur; il peut être et a été administré, malgré son goût très prononcé, sous forme de tartines succulentes, et remplacer alors, dans les affections chroniques des bronches, les scrofules, les lésions osseuses, strumeuses, l'huile de foie de morue, médicament alimentaire très puissant, mais à l'absorption duquel les malades sont très réfractaires. 2e *Anticatarrhal, sédatif du cœur.* A dose pondérée, c'est le régulateur par excellence des fonctions bronchiques et pulmonaires, le sédatif du cœur sur les battements duquel il agit comme la digitale, sans en avoir les inconvénients. Les muqueuses bronchiques trouvent en lui un modificateur, un modérateur souverain des sécrétions, un antiproliférateur (passez moi ce mot) des cellules épithéliales. 3e *Fébrifuge.* L'eucalyptus, on le sait, par sa croissance fantastique et ses facultés absorbantes assainit, en peu de temps, tous les terrains humides des régions chaudes (plaines de la Mitidja et du Chéliff en Algérie, etc.). Aujourd'hui, après les immortels travaux de Pasteur, qui a indiqué la voie à suivre et les découvertes de mon ami Laveran, médecin principal des armées, sur les microbes et parasites générateurs des fièvres paludéennes, on peut dire que l'eucalyptus, par la rapidité de sa poussée, prenant au sol son excès d'humidité, empêche les fermentations marémnatiques infectieuses de se produire à sa surface. Et, en grandissant, il tue par ses principes actifs diffusibles, les produits infectieux des fermentations voisines charriés par l'air. Evidemment, le miel par ses 171 grammes sur 1000 de principes actifs eucalyptés, jouit de toute cette puissance. 4e *Anti-putride-parasiticide.* Cela découle des données ci-dessus énoncées. Et l'on s'explique facilement pourquoi, dans les affections bronchiques spéciales (bacilles de la phthisie et pneumococcus, bacilles des néoplasmes tuberculeux et scrofuleux), son activité régénératrice est merveilleuse; pourquoi aussi, dans la fièvre typhoïde, il a été employé avec le plus grand succès. De même, dans les leucorrhées de cause générale ou accidentelle, entretenues par la pullulation de parasites tels que le lepthotrix vaginalis et les oxyures, qui vont se promenant du rectum à la vulve et au vagin. 5° *Antiblennorrhagique.* Le miel eucalypté, nous l'avons dit, renferme des essences ou oxycarbures d'hydrogène, des hydrocarbures simples nombreux, dont un s'élimine principalement par les reins, la vessie, l'urèthre, et agit plus énergiquement encore que le copahu et l'essence de santal.

Applications thérapeutiques. — Le court aperçu suivant résume ce que j'appellerai les observations cliniques. En multipliant chaque type par 6 ou 7, on aurait les cahiers généraux des applications thérapeutiques.

I. M. X..., 44 ans, habitant un pays humide, bronchite datant de cinq mois, dypsnée intense, symptômes pulmonaires habituels avec expectoration muco-purulente considérable, voix très voilée, amaigrissement très notable (20 livres), teint cachectique, anorexie. Doses: par jour, 12 cuillerées à café (trois par trois) dans quatre bols de lait tiède, en recommandant de boire après dissolution complète, ce qui a lieu très vite. Au bout de huit jours, dypsnée très amendée, plus d'expectoration, appétit revenu, bonne mine.

II. M. X..., 62 ans, bronchite suraiguë datant de quinze jours, après cinq jours de traitement, guérison complète: huit cuillerées à café par jour dans du tilleul.

III. Mlle X..., 21 ans, des environs de Besançon, pneumophymique très avancée; sueurs nocturnes, amaigrissement considérable, fièvre vespérale, etc. Dose: douze cuillerées à café par jour dans du lait, du vin, des tisanes, enfin, dans un véhicule ad libitum; aujourd'hui, après deux mois de traitement, tous les accidents ont à peu près disparu avec le retour des forces et de l'embonpoint.

IV. Mlle X..., 7 ans, coqueluche intense, 30 accès subintrants par période nycthémérale au bout de huit jours, accès tombés à 6.

V. Mme X..., catarrhe laryngé professionnel, (actrice fort en vue), avec douleur et toux réflexe. Guérison en huit jours.

VI. Mlle X..., 19 ans, fièvre typhoïde intense avec délire, pneumonie hypostatique et phénomènes abdominaux

graves. — Eau vineuse sucrée de miel eucalypté (deux cuillerées à bouche par 125 grammes d'eau tiède, après avoir administré auparavant un lavement simple). En quelques jours, le pouls tombe de 140° à 80°, la température de 41°,2 à 39°. Guérison rapide sans répercussions consécutives.

VII. Me X..., plusieurs enfants, leucorrhée muco-purulente excessivement abondante, suite de couches et de lésions utérines, obligée de vivre toujours garnie. Phénomènes dyspeptiques et névralgiques intenses. Guérison en quinze jours, quatre injections par jour à la décoction de douce-amère avec une cuillerée à bouche de miel chaque fois; l'injection avec le même liquide tiède durant 20 minutes, après un lavage préalable à l'eau chaude de la vulve et du vagin.

Conclusions. — De cette étude concise, nous pouvons conclure que le miel eucalypté naturel est appelé à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des affections laryngiennes, bronchiques, pulmonaires, cardiaques, scrofuleuses; dans les fièvres paludéennes et typhoïdes, dans la coqueluche ou névrose infectieuse des nerfs expirateurs, dans la grippe ou influenza; dans les affections rénales, vésicales et vaginales. Enfin, comme aliment médicamenteux, il peut remplacer avantageusement, soit dans du lait, soit sur tartines de pain (au grand bonheur des patients) l'huile de foie morue, épouvantail de beaucoup de malades (1).

(1) *Pièces présentées* à l'appui de cette note à l'Académie. I. Deux flacons de miel eucalypté naturel. — II. Un petit flacon contenant des eucalyptols provenant d'une distillation remontant à un an et demi. — III. Un autre plus grand renfermant les principes non aussi volatils (eucalyptène, résines, matières odorantes, etc., etc.). — IV. Enfin, la lentille, à deux loges, où se trouve d'un côté l'abeille noire, notre si intéressante fabricante, et, de l'autre, des débris d'alvéole, de ruche, avec une toute mignonne abeille.

VARIA

Recherches statistiques sur le myxœdème.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la lettre suivante :

Cher et honoré Confrère,

Il y a deux ans que la Société Clinique de Londres nomma un Comité d'investigation pour la maladie connue sous le nom de « Myxœdème ». Les raisons d'être de ce Comité étaient 1° les recherches à faire sur la maladie à un point de vue général ; 2° la publication faite d'un travail important du Pr Kocher, de Berne, sur des symptômes semblables à ceux du myxœdème survenant après l'extirpation de la glande thyroïde. Le comité a terminé ses travaux en ce qui concerne l'étiologie, les symptômes, et l'anatomie pathologique ; mais la question soulevée par M. Kocher, supportée par d'autres chirurgiens, réclame une enquête prolongée et spéciale.

Les résultats du comité tendent à prouver que le changement le plus constant — sinon le seul constant — trouvé après la mort dans les cas de myxœdème est une atrophie ou destruction morbide du corps thyroïdien. Il en résulte qu'une comparaison entre les données purement pathologiques, et celles fournies pour ainsi dire par l'expérimentation, doit être instituée, et que le comité a besoin de tous les renseignements possibles concernant les effets de l'ablation de la glande sur le système en général.

Le comité m'a en conséquence chargé d'entrer en rapport avec ceux de nos confrères en Europe qui ont eu l'occasion d'observer les effets de cette ablation. Je prends donc la liberté de m'adresser à vous à ce sujet, espérant que vous voudrez bien m'honorer d'une réponse avec le moins de retard possible. Les questions sur lesquelles je désire attirer votre attention sont les suivantes :

1° Les symptômes de « cachexie struniprive » (Kocher) ou « myxœdème opératoire » (Reverdin), ont-ils suivis, dans votre expérience, l'ablation de la glande thyroïdienne? Invariablement? partiellement? ou nullement? 2° Quel a été le nombre d'extirpations partielles et d'extirpations totales que vous avez observées? 3° Pouvez-vous fournir des renseignements sur les effets relatifs de ces deux genres d'extirpation? Il est de toute importance que les renseignements sur l'étendue de l'extirpation, et sur l'existence possible de corps thyroïdiens accessoires, soient clairs et précis.

Afin de faciliter la comparaison j'ajoute à ma lettre un résumé des symptômes du myxœdème tel qu'on l'observe en Angleterre et une photographie d'un sujet après le développement de la maladie.

Dr Félix SEMON.

M. Semon ajoute à cette lettre un résumé des symptômes du myxœdème qu'il nous a paru utile de reproduire.

Les malades sont dans la plupart des cas des femmes adultes, mais les hommes aussi peuvent être affectés. Les malades présentent un faciès caractéristique. La figure est bouffie et suggère la présence d'une maladie rénale. Mais outre les résultats négatifs d'une investigation plus complète faite dans ce sens, on découvre que la nature et la distribution de l'anarsarque sont autres. La peau est cireuse et anémique et le gonflement n'est pas limité aux parties pendantes ; ainsi les deux paupières et les deux lèvres sont uniformément grossies; les narines sont épaissies et élargies ; les traits sont grossiers ou oblitérés. L'œdème est élastique, ne marque pas à la pression, et ne cède point aux effets de la gravitation. Les joues sont plaquées d'un rouge sombre abruptement limité aux orbites et contrastant vivement avec l'anémie de la peau tout autour. La peau du corps est pareillement épaissie, translucente, sèche, rude ; la transpiration est entravée. Les mains perdent leur forme d'une façon caractéristique. Les muqueuses sont partout altérées ; et dans la période ultime une hydropisie vraie est surajoutée.

Deux autres symptômes sont à noter ici ; d'abord la diminution ou disparition de la thyroïde ; puis la tuméfaction du triangle antérieur du cou, avec forte résilience de la peau.

Le système nerveux présente des altérations caractéristiques. Au commencement une hébétude progressive s'empare de la sensation, de la volonté, de l'intelligence. Plus tard une aberration mentale réelle apparaît ; la face a une expression de fixité triste, la parole est lente et pénible quoique pas confuse, la voix monotone sans résonance. La sensation est lente mais distincte, les mouvements lents et languissants ; la malade maintient une attitude avec peine et tombe subitement ; les muscles paraissent dépourvus de tonus, et sont très relâchés pendant le repos, de sorte qu'une contraction initiale considérable est nécessaire pour qu'ils agissent sur leurs attachements. Le sens musculaire paraît engourdi ; l'équilibre est difficilement maintenu, le poids du corps étant jeté alternativement sur chaque jambe ; un tremblement semble parfois parcourir les membres au moment de l'effort. Le retard dans la coordination est différent des effets de l'ataxie ou de la sclérose en plaques. Il n'y a ni parésie, ni atrophie, ni anesthésie, le relâchement musculaire donne parfois lieu à un penchement de la tête ; parfois à une fracture de la rotule par le soudain effort pour prévenir une chute. Toutes les fonctions mentales sont ralenties, ainsi que toutes les actions de la malade qui a pleinement conscience de sa lenteur. Les idées, le langage, parlé et écrit, sont retardés quoique les mots et la formation des lettres soit corrects. La perte de mémoire n'est qu'apparente et ne devient réelle que vers la fin. On n'observe dans les sens spéciaux pas d'autre trouble qu'un goût et une odeur subjectifs désagréables. Les cheveux sont rares et les dents se gâtent de bonne heure.

La chaleur du corps est généralement basse (de 34.5° à 36.5° Cent. ou même moins). La plupart des malades se plaignent de froid sans se rendre compte des changements de la température extérieure. Pas de symptômes viscéraux au début ; l'urine est abondante, de basse gravité, sans sucre, ni albumine, ni tubes. Les fonctions utérines sont normales. Plus tard des troubles viscéraux se déclarent, l'urine devient albumineuse, la faiblesse gagne l'esprit comme le corps. La bonne humeur léthargique se change en une irritabilité morose, souvent avec hallucinations. Enfin le coma survient. La mort peut aussi être amenée par l'urémie ou l'inanition (D'après la description du Dr Ord dans « *Quain's Dictionary of Medicine* ».

Enseignement médical libre.

Cours d'obstétrique. — M. BONNAIRE a commencé un cours libre d'obstétrique le mercredi 23 mars, à 5 heures. Il aura lieu tous les jours, à la même heure, dans l'Amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique.

FORMULES

11. Liniment contre la colique néphrétique (Dr RELIQUET).

Chloroforme	15	grammes.
Extrait de jusquiame	15	—
Laudanum de Sydenham	5	—
Huile de camomille	150	—

En embrocations sur tout le ventre.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 3 avril 1887 au samedi 9 avril 1887, les naissances ont été au nombre de 1219, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 447 ; illégitimes, 163. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 450 ; illégitimes, 159. Total, 609.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 avril 1887 au samedi 9 avril 1887, les décès ont été au nombre de 1237, savoir : 639 hommes et 598 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 20, F. 24. T. 44. — Variole : M. 7, F. 8, T. 15. — Rougeole : M. 23, F. 43. T. 66. — Scarlatine : M. 5, F. 1, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 7. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 18 F. 20, T. 38. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 140, F. 84. T. 224. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 9. T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 6. T. 9. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 16. T. 30. — Méningite simple : M. 10, F. 26. T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 18, F. 24. T. 42. — Paralysie : M. 2, F. 0. T. 2. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 3. T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 30. T. 63. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 21. T. 35. — Bronchite chronique : M. 33, F. 30. T. 63. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 30. T. 45. — Pneumonie M. 56, F. 58. T. 114. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 18. T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 7. T. 19. — Autres gastro-entérite : M. 4, F. 3. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 9. F. 10, T. 19. — Sénilité : M. 13, F. 21. T 34. — Suicide : M. 22, F. 4. T. 26. — Autres morts violentes : M. 5, F. 1. T. 6. — Autres causes de mort : M. 118. F. 79. T. 197. — Causes restées inconnues : M. 9 F. 7. T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 17. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 14. Total : 45.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Un congé d'inactivité, du 1er avril au 31 octobre 1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Faguet, préparateur de botanique. — M. Dufour, licencié ès sciences mathématiques, ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de botanique, pendant la durée du congé accordé à M. Faguet. — M. ARTHUS (N.-M.), licencié ès sciences, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Dubois, appelé à d'autres fonctions. — Le mardi 26 avril 1887, à dix heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Lignier soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour objet : Recherches sur l'anatomie comparée des Calycandrées, des Mélastomacées et des Myrtacées.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel, en date du 1er avril 1887, les registres d'inscription seront ouverts aux secrétariats des Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur, du 5 avril au 15 mai 1887. Les demandes en vue des dispenses des droits d'inscription pour le troisième et le quatrième trimestre de l'année scolaire 1886-1887 devront être adressées aux doyens ou directeurs avant le 1er mai 1887. — M. le professeur DAMASCHINO commencera son cours sur les *maladies de l'encéphale et des nerfs crâniens*, le mardi 19 avril, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis et samedis, à la même heure.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. RADOIS, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Grès, démissionnaire.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Bâle* : M. le Dr FEHLING est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie. — *Faculté de médecine d'Erlangen* : M. le Dr R. FROMMEL est nommé professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie.

CONCOURS ET POLITIQUE. — Dans les concours établis pour les places de chimiste au laboratoire municipal, un jeune chimiste, M. Georges Forel, avait été admis avec le n° 2 sur 20 concurrents, le nombre des places à distribuer étant de 4. La nomination n'ayant pas été faite pour le motif « qu'on n'était pas suffisamment édifié sur ses opinions politiques ». M. Cochin a interpellé M. le préfet de police à la séance du Conseil municipal du 4 avril et dit, en substance, qu'on n'avait pas le droit de demander compte de leurs opinions politiques aux candidats sortis victorieux d'un concours et, qu'en tout cas, il eut été convenable et juste, si on voulait éliminer M. Forel, de le faire avant le concours. M. le préfet de police a répondu qu'il avait droit, même après concours, de se préoccuper des opinions politiques des agents de son administration. Par 40 voix contre 7, sur 47 votants, le Conseil municipal l'a approuvé (*Bulletin médical*).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Concours public pour la nomination à une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les Hôpitaux et Hospices civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 2 juin 1887, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 25 avril 1887 et sera clos définitivement le samedi 14 mai, à trois heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. *Nomination.* — M. VAILLANT, chef de bureau à l'Assistance publique, vient d'être nommé chef de division (Enfants assistés et moralement abandonnés), en remplacement de M. Brueyre, admis à la retraite.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa dix-septième session en Algérie, à Oran, en 1888, pendant les vacances de Pâques. En prévision des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le Conseil d'administration a décidé que, seuls, les membres figurant sur les listes de l'Association de 1887 seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du congrès d'Oran. Les personnes inscrites en 1888 ne jouiront de ces avantages que si le nombre des congressistes ne dépasse pas le chiffre prévu ; elles seront admises par ordre d'inscription.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours du bureau central en médecine.* — Les candidats au nombre de soixante-deux sont : MM. les Drs Babinski, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourcy, Bruchet, Buzot, Capitan, Carron de la Carrière, Charrin, Chéron, Chouppe, Dalché, Decaisne, de Gennes, Delpeuch, Deschamps, Dreyfous, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Faucher, Galliard, Gallois, Gaucher, Gilbert, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Havage, Hirtz, Jean, Josias, Juhel-Renoy, Launois, Lebreton, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre (H.), Le Gendre (P.), Leroux (Ch.), Leroux (H.), Liandier, Lorey, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Morel-Lavallée, Netter, Œttinger, Petit, Poupon, Queyrat, Ribail, Richardière, Robert, Robin, Sapelier, Siredey, Stackler, Thibierge et Variot.

LONGÉVITÉ. — Le *Caucase* dit qu'une géorgienne, âgée de cent vingt-cinq ans, vient de mourir à Tiflis. La défunte laisse une postérité de 70 personnes, dont plusieurs arrière-petits-fils et petites-filles. Elle n'a jamais été malade.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la triste nouvelle de la mort de M. STANISLAS LIMOUSIN, un des pharmaciens les plus distingués de Paris, inventeur de plusieurs procédés ingénieux d'administration des médicaments. Il était président des Sociétés de Thérapeutique et de médecine pratique, et avait été président de la Société de prévoyance des pharmaciens de Paris. — M. le Dr KEMPNER, privat docent à la Faculté de médecine de Méran. — M. le Dr STENG, professeur d'obstétrique à la faculté tchèque de Prague. — M. le Dr DE WETTE, ancien privat docent de médecine légale à la faculté de médecine de Bâle. — M. Louis BOZÉRIAN, externe des hôpitaux de Paris, fils de M. Bozérian, sénateur, décédé le 10 avril 1887, à l'âge de vingt-quatre ans. — M. le Dr ROCHETTE, pharmacien à Paris, ancien interne en pharmacie des hôpitaux. — M. le Dr Lewis FISHER (de New-York), décédé à l'âge de 47 ans ; ancien médecin de l'armée, il a exercé la médecine d'abord à Morristown (N. J.), puis à New-York.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — Le Dr Auguste VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 6 mars, à 9 heures et 1/2 du matin, et les continue les dimanches à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU commencera le jeudi 21 avril, à 4 heures, dans la salle des conférences, ses leçons cliniques sur les *maladies cutanées et syphilitiques* et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

CARPICU. — Des lésions osseuses dans les maladies du système nerveux. Brochure in-8 de 48 pages, avec 1 planche hors texte.

FORT (J.-A.). — Anatomie descriptive et dissection contenant un précis d'embyologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus avec des aperçus physiologiques et pathologiques. 4e édition revue et augmentée, 3 volumes in-18 avec 1316 figures. — Prix : 30 fr.

HAMON DU FRESNAY (L.). — Du forceps céphalotribe et de ses applications pratiques. Brochure in-8 de 114 pages. — Prix : 3 fr.

JACCOUD. — Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale Brochure in-8 de 22 pages. — Prix : 50 c

SCHNELL (U.). — Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse. Brochure in-8 de 132 pages. — Prix : 3 fr.

SÉE (G.). — Du régime alimentaire, traitement hygiénique des malades. Volume in-8 de 744 pages, avec 8 figures. — Prix : 14 fr.

WECKER (L. de) et LANDOLT (E.). — Traité complet d'ophthalmologie. Vient de paraître du tome III, le 3e fascicule. Volume in-8 de 147 pages, le volume complet 976 pages, avec 177 figures. — Prix : 17 fr. — Tome IV, 1er fascicule in-8 de 240 pages, ce dernier volume sera publié en 3 fascicules. — Prix du volume : 17 fr. — L'ouvrage complet : 68 fr.

Le Rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

PARIS.— IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES

BOURNEVILLE, BUDOR, DUBARRY, LEFLAIVE et BRICON. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1885. — 1 vol. in-8 de LXXVIII-182 p., avec onze figures, cinq planches et un plan — Prix : 6 fr. Pour nos abonnés, prix : 4 fr.

BLANCHARD (R.). Les Universités allemandes. Un volume in-8° de 268 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

BLONDEAU (A.). Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. Un vol. in-8 de 72 pages — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

PICARD (H.). — De l'incontinence nocturne d'urine essentielle. Brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés . . . . 35 c.

RAISON (A.-G. — Des traitements des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle. Vol. in-8 de 42 pages. Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés. . 1 fr. 70

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 AVRIL 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur **U. TRÉLAT**

Ostéome-sous-périosté du maxillaire inférieur.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique, et revue par le professeur (1).

Messieurs,

Ce n'est pas dans notre service que je prendrai ce matin le sujet de ma leçon. J'ai eu récemment l'occasion d'observer, dans ma clientèle privée, un cas rare, d'un diagnostic extrêmement difficile, et j'ai pensé que, bien que vous n'ayez pu ni examiner ni suivre le malade, vous auriez néanmoins quelque bénéfice à tirer de l'exposé et de la discussion de ce fait clinique.

On m'adressa, dans les premiers jours de Décembre dernier, un enfant de 9 ans, atteint d'une tumeur du maxillaire inférieur dont le début remontait à plusieurs mois. On avait pensé à une périostite. Avant les accidents actuels, cet enfant, bien que d'apparence frêle et délicate, n'avait jamais fait aucune maladie, ni présenté aucun signe d'une diathèse quelconque. L'histoire du mal, depuis son apparition jusqu'au moment où j'eus à examiner le malade, peut se raconter en quelques mots. Il y a six ou sept mois, il survint, sur l'une des moitiés du maxillaire inférieur, un gonflement absolument indolent qui augmenta progressivement, de telle sorte que, lors de mon examen, il occupait une partie de la branche horizontale et de la branche montante de l'os et faisait sur celui-ci une saillie de près de trois centimètres. Ce gonflement s'était accompagné, au début, de phénomènes inflammatoires modérés, qu'on avait cru pouvoir rattacher à une carie assez étendue de la deuxième molaire, et qui avaient motivé l'avulsion de cette dent; mais, contrairement à ce qu'on avait espéré en la pratiquant, cette petite opération n'avait en aucune façon enrayé l'accroissement de la tuméfaction. On m'a montré cette dent, conservée dans l'alcool; outre ses lésions de carie, elle présentait cette particularité que son follicule avait été enlevé en même temps qu'elle, et était resté appendu à l'extrémité de sa racine. Cependant les phénomènes inflammatoires tombaient au lieu de s'accentuer, et, malgré l'augmentation de volume de la tumeur, aucun indice de suppuration ne se manifestait. Cette marche était de nature à inspirer des doutes sur l'exactitude du diagnostic de périostite porté primitivement, et à faire naître des inquiétudes relativement à la nature et à l'avenir de la production morbide. C'est dans ces conditions qu'une consultation fut résolue, et que l'on vint me demander mon avis.

Deux particularités me frappèrent au premier abord : en premier lieu, l'indolence absolue de la tumeur, même quand on exerçait sur elle une forte pression; en second lieu, sa dureté considérable. Voici maintenant les résultats que me fournit l'examen méthodique du malade. Il existait une tumeur qui s'étendait à toute la branche horizontale du maxillaire inférieur, depuis son angle jusqu'à la partie moyenne, et qui remontait jusqu'à mi-hauteur de la branche montante. Cette tumeur était très uniformément dure; elle ne présentait nulle part à la palpation le phénomène désigné sous les noms de bruit de carton, bruit de boîte de montre, ou crépitation parcheminée; aucun de ses points ne donnait de sensation de mollesse, et, à fortiori, de fluctuation; en un mot, elle était partout d'une dureté osseuse. Sa surface était lisse et sans bosselures; les téguments qui la recouvraient avaient conservé leur coloration, leur souplesse et leur mobilité normales. Je passai alors à l'examen de la tumeur par la cavité buccale, et je remarquai tout d'abord la complète facilité avec laquelle le jeune malade ouvrait la bouche. Je constatai ensuite que la dent de sagesse n'était pas encore sortie, et que la première grosse molaire était en voie d'éruption avancée; le rebord alvéolaire offrait un léger amincissement au niveau de l'espace vide correspondant à la dent enlevée, qui était, comme je vous l'ai dit, la seconde molaire; le reste de la dentition était normal. La tumeur occupait toute la hauteur de la face externe de la branche horizontale, et se terminait au niveau de l'échancrure laissée par la dent arrachée. L'exploration de la face interne de l'os par le doigt introduit entre la langue et le maxillaire ne révélait absolument aucune tuméfaction de ce côté. La tumeur était donc simplement accolée à la face externe de l'os, dont le bord inférieur seul était légèrement tuméfié; mais il restait toujours à savoir quelles étaient exactement ses connexions avec le maxillaire. J'en aurai fini avec les résultats de mon exploration, lorsque j'aurai mentionné l'existence, en arrière de l'angle de la mâchoire, d'une petite masse ganglionnaire non indurée. Cette petite masse glanglionnaire, d'ailleurs, disons-le de suite, a été enlevée ultérieurement, au cours de l'opération, et trouvée tout à fait saine à l'examen microscopique.

En résumé, nous nous trouvions en face d'une tumeur de date peu ancienne, ayant présenté à son début quelques phénomènes inflammatoires à la suite desquels on avait été amené à extraire une dent; cette tumeur était uniformément dure et absolument indolente; la face interne de l'os était complètement indemne; enfin, en ce qui concerne la dentition, nous constations l'inclusion de la dent de sagesse, l'évolution d'une molaire, et l'absence d'une autre molaire, celle qui avait été récemment enlevée. En raison de l'âge du malade, l'inclusion de la dent de sagesse n'avait rien de surprenant; mais cette inclusion était-elle normale ou anormale ? c'est ce que nous ne pouvions savoir. La dureté de la tumeur, que je vous signalais tout à l'heure comme l'un des caractères qui m'avaient frappé dès le premier abord, me fit de suite songer à une tumeur d'origine dentaire. Mais il y avait loin de cette première impression à un diagnostic ferme, et d'autres hypothèses pouvaient se présenter à l'esprit de l'observateur avec de bonnes raisons à l'appui. C'est ainsi qu'un maître dont vous connaissez tous la grande autorité, M. le Professeur Gosselin, consulté plus tard à son tour, a pu émettre la pensée qu'il s'agissait peut-être

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker le 10 janvier 1884.

d'une tumeur à myéloplaxes. M. Gosselin a évidemment obéi à des préoccupations différentes de celles qui ont dominé mon examen, et qui m'ont poussé dans le sens d'une tumeur d'origine dentaire.

Une fois engagé dans cette direction, j'avais à chercher à quelle variété de tumeurs d'origine dentaire correspondaient le mieux les signes que j'observais chez mon jeune malade.

J'éliminai assez résolument l'hypothèse d'un kyste folliculaire. Ces kystes sont d'ordinaire fluctuants, ou du moins limités par une paroi plus ou moins dépressible, avec ou sans crépitation parcheminée ; en outre, ils s'accompagnent d'irrégularités dans le nombre ou la position des dents. Or, la tumeur était absolument dure, et, à part une dent arrachée pour cause de carie, nous trouvions la dentition complète et régulière ; la dent de sagesse, il est vrai, restait encore incluse, mais nous avons déjà dit que l'âge du sujet expliquait ce fait. L'hypothèse d'un odontome fibreux ne me satisfaisait pas davantage. Les odontomes fibreux ont une croissance lente, qui se chiffre par années, et la tumeur dont j'avais à déterminer la nature avait, au contraire, évolué dans un temps relativement court. Fallait-il penser à une maladie kystique du maxillaire ? Mais c'est une maladie de sujets âgés, et, de plus, une maladie qui atteint tout le maxillaire et non une de ses parties seulement. Restaient donc les odontomes proprement dits, si bien décrits par Broca, il y a 11 ou 12 ans, qui procèdent du tissu dentaire même et refoulent devant eux les lames du maxillaire. Parmi ceux-ci, il fallait écarter les odontomes cémentaires, qui sont des maladies de la couronne des dents, et restreindre le diagnostic aux odontomes radiculaires. En somme, j'en arrivais toujours à l'idée d'une tumeur liée à l'évolution dentaire; mais la considération d'âge me gênait pour incriminer la dent de sagesse.

L'incertitude qui planait sur le diagnostic ne permettait pas de déterminer à l'avance ce que devrait être l'intervention chirurgicale, et cependant il y avait nécessité d'agir chirurgicalement. Je proposai donc une opération ainsi conçue : dans un premier temps, je mettrais la tumeur à découvert et je l'entamerais de manière à pouvoir en reconnaître positivement la nature; ensuite, si je tombais sur une tumeur creuse, sur un kyste, je l'évacuerais ; si, au contraire, je trouvais une tumeur solide, tumeur à myéloplaxes ou ostéosarcome, je pratiquerais, séance tenante, la résection de la mâchoire.

Je ne voulus pas, toutefois, me décider à cette intervention avant d'avoir fait soumettre le cas à quelques-uns de mes collègues. M. le professeur Verneuil et M. le professeur Gosselin furent alors successivement consultés. M. Verneuil resta comme moi très réservé sur le diagnostic, mais il fut comme moi d'avis qu'il y avait lieu d'opérer, et il approuva le plan opératoire que je proposais. M. Gosselin formula le diagnostic de tumeur à myéloplaxes et conseilla la résection de la mâchoire. Entre temps, notre jeune collègue, M. Peyrot, ayant vu le malade, avait pensé à une périostose recouvrant un séquestre, ce qui, comme vous le verrez dans quelques instants, se rapprochait de la vérité.

L'opération fut donc résolue dans les conditions que je viens de vous indiquer, et je la fis le 19 décembre 1883. J'incisai les téguments sous le bord du maxillaire, depuis la symphyse jusqu'à l'angle de la mâchoire. L'artère faciale, bien entendu, fut coupée dans ce premier temps et liée aussitôt ; puis, avant d'aller plus loin, j'enlevai le petit ganglion rétro-angulaire suspect, dont je vous ai parlé dans mon exposé des symptômes. Cela fait, et les lèvres de la plaie écartées, ce qui fut facile, grâce à l'absence d'adhérences entre la peau et la tumeur, j'eus sous les yeux une masse blanche, lardacée, très résistante, dont l'aspect n'avait rien de rassurant au point de vue de la bénignité présumée de la tumeur. J'attaquai ce tissu fibroïde par une incision de plus en plus pénétrante, et, après en avoir traversé une épaisseur d'un demi-centimètre peut-être, sinon plus, j'eus la satisfaction de sentir la pointe de mon bistouri mordre sur de l'os dur dans toute la longueur du fond de l'incision. La couche fibreuse que je venais de diviser de la sorte, et dont j'avais hésité à reconnaître d'emblée la véritable nature, n'était autre chose que le périoste énormément épaissi. Je le détachai de la tumeur sous-jacente à l'aide de la rugine, et je mis enfin à nu une surface d'aspect osseux qui offrait tous les caractères d'un véritable ostéome. Mais qu'y avait-il dessous ? C'est ce qu'il nous fallait voir tout d'abord, puisque le mode de terminaison de l'opération était subordonné aux constatations que nous allions faire. Je commençai donc à creuser, avec la gouge, une rainure sur la surface osseuse qui se présentait à moi. Je creusai profondément cette rainure et je la prolongeai dans diverses directions, sans rencontrer rien que du tissu osseux spongieux, tant et si bien qu'après avoir fait sauter ainsi toute la tumeur par parcelles, j'arrivai sur un dernier plan dur, résistant, qui était constitué par la face externe du maxillaire inférieur absolument saine. J'abrasai alors complètement cette face externe, de manière à la débarrasser de toutes les parties osseuses de nouvelle formation. L'opération se trouvait ainsi terminée et de la façon la plus heureuse. Le périoste conservé fut rabattu et réappliqué sur l'ancien os, et les suites opératoires furent des plus simples : la réunion primitive eut lieu dans toute la profondeur et sur toute la ligne de sutures. Il reste toutefois une petite tuméfaction, ce qui n'a rien d'étonnant en raison de la conservation d'un périoste épaissi; mais cette tuméfaction est insignifiante, sans importance, et il y a lieu d'espérer qu'elle s'atténuera avec le temps et peut-être même qu'elle disparaîtra à peu près complètement. L'examen microscopique confirma le diagnostic macroscopique, en démontrant que la tumeur était constituée exclusivement par du tissu osseux jeune, vasculaire, sans mélange d'aucun élément pathologique.

Il s'agissait donc là d'un ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur. C'est une tumeur rare; je n'en avais, pour mon compte, jamais observé d'aussi considérable, et mes collègues, MM. Verneuil et Gosselin, m'ont dit également qu'ils n'en avaient jamais rencontré de semblable. On en trouve néanmoins quelques exemples dans les classiques et dans les dictionnaires, entre autres dans la Pathologie de Follin et Duplay et dans les travaux d'Otto Weber.

J'ai vu, il y a dix-huit ans, un autre cas assez analogue, pour lequel j'ai dû faire l'ablation d'une moitié du maxillaire inférieur. Cette intervention radicale avait été motivée par des douleurs excessives qui existaient au niveau de la tumeur, et qui m'avaient amené à penser qu'il s'agissait d'un néoplasme de mauvaise nature. Ma surprise fut grande quand M. Cornil, que j'avais prié de faire l'examen microscopique de la pièce, m'annonça qu'il n'avait trouvé que de l'os nouveau sans aucune trace d'autre tissu pathologique. Vous avez sans doute été frappés du contraste qui existe, relativement aux

phénomènes douloureux, entre ce dernier fait et celui qui a servi de thème à cette leçon, et vous vous demandez probablement comment il se fait qu'une même tumeur bénigne, occupant la même région, se soit montrée, ici absolument indolente, comme c'est la règle pour les ostéomes, là, au contraire, douloureuse au point que cette douleur soit devenue l'une des indications principales d'une opération radicale. Ces différences s'expliquent très bien par l'existence ou l'absence de phénomènes inflammatoires du côté du périoste qui recouvre la tumeur. On conçoit, d'autre part, qu'en dehors de ces accidents inflammatoires, l'englobement et la compression de quelque rameau nerveux plus ou moins important par la masse morbide puisse, dans certains cas, avoir pour conséquence des douleurs vives, tout comme cela s'observe dans les cals douloureux.

Si plus tard, Messieurs, les hasards de la pratique vous placent en présence d'un de ces cas difficiles, le souvenir de cette clinique pourra, j'espère, vous être utile à divers points de vue. D'abord, il vous mettra en garde contre une variété rare des tumeurs bénignes du maxillaire, susceptible d'en imposer parfois pour une tumeur maligne. Il vous inspirera ensuite une prudente réserve en face d'une lésion de diagnostic douteux, et vous sauvera peut-être ainsi d'une erreur qui aurait pour conséquence, après un pronostic erroné, une thérapeutique ou insuffisante ou trop radicale. Il vous fournira enfin un exemple de plan opératoire conçu de façon à vous permettre de ne rien faire au delà du nécessaire, et vous saurez, à l'occasion, subordonner, comme je l'ai fait, votre intervention définitive aux résultats que vous aura donnés, dans le premier temps de votre opération, l'exploration directe de la tumeur.

Note additionnelle. — Depuis l'époque où cette leçon a été rédigée, j'ai eu l'occasion d'observer deux nouveaux cas analogues à celui dont il vient d'être question, et je crois bon d'en donner ici les observations résumées, avec les remarques qu'ils m'ont suggérées.

Observation I. — C..., Albert, 10 ans, entré à la Charité, salle Ste-Vierge, n° 26, le 20 août 1885. Enfant bien portant, sans antécédents pathologiques.

En Juin 1884, il a fait une chute de voiture, et, dans cette chute, son menton est venu heurter violemment son genou fléchi. Il n'y a pas eu de plaie. Au bout de quelque temps, formation d'un abcès sous le menton et production d'une fistule persistante. — En Janvier 1885, tuméfaction de toute la partie moyenne de la mâchoire. Nouvel abcès et nouvelle fistule du côté gauche du menton. — Le 25 Avril, un troisième abcès est ouvert au bistouri sur le côté droit du bord inférieur de la mâchoire. La fistule de la ligne médiane, reste du premier abcès, conduit le stylet sur une surface rugueuse qui est considérée comme un séquestre.

Après étude attentive, le malade est opéré le 19 Juin 1885. Incision suivant le bord du maxillaire et la ligne des trois fistules. Incision du périoste et décollement à l'aide de la rugine. Toutes les parties molles sont relevées de bas en haut. Une épaisse formation périostale est ainsi mise à nu. Au bas de la masse, on trouve un petit séquestre de 15 millimètres de long sur 10 de large et 2 à 3 d'épaisseur. Il y a un petit foyer d'ostéite suppurée au niveau de la racine de la première incisive droite; cette cavité est évidée et permet l'enlèvement de la dent saisie par la racine. Toute la symphyse est recouverte d'une épaisse couche d'os nouveau, que l'on enlève en totalité avec la gouge en lunette, de manière à dégager complètement la face antérieure de l'os ancien, qui a gardé sa forme et son aspect normal. Le périoste et toutes les parties molles sont rabattues sur le maxillaire, le trajet des fistules gratté, la plaie suturée.

L'enfant a quitté l'hôpital à l'époque des vacances; il a été revu en Novembre 1885. La plaie est guérie, la cicatrice solide, et, chose importante, le menton a repris sa conformation régulière avec ses saillies et ses méplats naturels.

Dans ce cas, comme dans celui qui fait le sujet de la leçon ci-dessus, l'examen microscopique des productions osseuses nouvelles a été fait, et il a démontré qu'il s'agissait de tissu osseux jeune, vasculaire, et tout à fait normal.

Obs. II. — Recueillie par le Dr Gérard Marchand, chef de clinique du service.

C..., Julien, 6 ans 1/2, entré à la Charité le 9 Juillet 1886, salle Ste-Vierge, n° 26. Il porte, au côté droit du maxillaire inférieur, une tuméfaction qui a débuté, il y a 14 à 15 mois, à la suite d'une chute dans laquelle, d'après le récit de la mère, la région actuellement malade aurait heurté le sol. Quoi qu'il en soit, l'enfant nous a été présenté en Mai avec un abcès imminent au niveau de la portion horizontale du maxillaire du côté droit; cet abcès, qui avait le volume d'une grosse noix, a été ouvert au bistouri. A ce moment, nous pûmes constater que la dentition était saine et le sillon gingivo-génien soulevé, mais sans abcès. Cette incision resta sans résultat au point de vue de la guérison: elle devint l'origine d'une fistule donnant lieu à un écoulement de pus incessant, et plusieurs trajets fistuleux s'ouvrirent par la suite autour du premier; puis, de petites esquilles furent éliminées. L'exploration avec le stylet révéla alors une dénudation du bord inférieur du maxillaire. On reconnut, en outre, que cet os était comme plaqué d'une tuméfaction dure, adhérente et douloureuse.

En face de la persistance des accidents, M. Trélat projeta une opération ayant pour but la recherche des séquestres. Cette opération fut faite le 9 Juillet. Ce jour-là même, quelques heures avant l'intervention on trouva dans le pansement une esquille noirâtre, de 1 cent. 1/2 environ dans tous ses diamètres, et d'une épaisseur de 5 millimètres à peu près. L'opération fut pratiquée comme il suit. Incision le long du bord inférieur du maxillaire. Dénudation, avec la rugine, du bord et de la face externe du maxillaire, dépassant les limites de la tuméfaction. Lorsque ce travail de dénudation fut fini, on constata les particularités suivantes: l'os maxillaire inférieur est plaqué d'un tissu nouveau spongieux, rappelant la mousse par la finesse de ses aréoles. Ce tissu est friable, et la rugine l'entame avec la plus grande facilité. Mais, autre point très intéressant, le tissu spongieux nouveau ne constitue pas une plaque unique; il se présente sous la forme de deux parties surélevées, distinctes, entre lesquelles existe une gouttière, une loge verticale, qui n'est autre chose que le point d'où s'est détaché le séquestre sorti spontanément le matin même, ainsi qu'on peut s'en convaincre en le réadaptant dans cette excavation. M. Trélat gratte toutes ces parties friables, et met à découvert ainsi un maxillaire absolument sain d'apparence, sur lequel ces productions ostéophytiques poreuses étaient implantées. Suture, drain, pansement à l'iodoforme. — Au bout de trois semaines, la guérison était complète. Le résultat est excellent au point de vue plastique, car c'est à peine si l'on retrouve, au niveau du point primitivement malade, une légère inégalité de la surface de l'os. — L'examen microscopique des parties osseuses enlevées a donné des résultats tout à fait identiques à ceux qui ont été indiqués pour les deux cas précédents.

J'ai montré, dans la leçon précédente, les incertitudes du diagnostic et les hésitations qu'elles ont entraînées à leur suite, relativement à la direction à donner à l'acte opératoire. Le cas qui fait le sujet de cette leçon présentait, à la vérité, plus de difficultés diagnostiques que les suivants, en raison de l'absence d'abcès et de fistules, car nous nous trouvions, par ce fait, privés des renseignements que nous a fournis, chez nos autres malades, l'exploration directe du foyer morbide à l'aide du stylet. Mais, en rapprochant mes observations les unes des autres, il me paraît possible d'arriver à en dégager quelques notions importantes, d'abord au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du diagnostic, et ensuite au point de vue du traitement.

En premier lieu, nous voyons que nos malades étaient tous des enfants, c'est-à-dire des sujets dont le périoste était en pleine activité de production, et que la maladie a débuté après l'intervention d'une cause qui est venue exagérer cette activité et provoquer une périostite proliférante. Je ne fais pas rentrer dans le même ordre de faits le cas de mon malade d'il y a dix-huit ans, auquel j'ai enlevé le maxillaire ; je vous l'ai cité seulement à titre de rapprochement. Chez nos deux premiers opérés, cette inflammation périostale était manifestement d'origine dentaire. Chez l'un, le point de départ était une molaire assez profondément cariée, dont le follicule avait suivi la racine au moment de l'extraction ; mais cette extraction n'avait pu enrayer les phénomènes irritatifs survenus du côté du périoste. Chez l'autre, l'origine dentaire était plus évidente encore, et hors de toute contestation, puisque nous trouvions, au centre même de l'ostéome, un foyer d'ostéite englobant la racine de la première incisive droite. Nous avons bien, dans ce cas, noté l'existence d'un traumatisme antérieur ; mais nous ne pourrions réellement lui accorder une influence sérieuse sur le développement des accidents, qu'en faisant abstraction de l'ostéite alvéolo-dentaire, ou bien en allant chercher, pour le rendre responsable de cette ostéite, une explication plus ou moins détournée. Dans notre troisième observation, au contraire, nous ne relevons d'autre cause occasionnelle que le choc violent subi par le menton quelque temps avant le début des accidents. Quant à mon malade d'il y a dix-huit ans, l'étiologie est restée absolument indéterminée ; on lui avait arraché plusieurs dents avant qu'il vînt me consulter ; mais ces dents étaient-elles malades ou saines ? Je n'ai pu le savoir. En somme, le fait dominant dans la pathogénie de l'ostéome sous-périosté du maxillaire est l'irritation du périoste, soit par une affection dentaire, ce qui semble le plus fréquent, soit par un traumatisme.

Relativement aux symptômes et au diagnostic, j'appellerai l'attention sur la lenteur de l'évolution et sur l'indolence de la tumeur en elle-même : les malades ne souffrent que quand il survient une poussée inflammatoire ou un abcès, ou encore lorsque la tumeur comprime quelque filet nerveux voisin ; mais, en dehors des points enflammés ou abcédés, l'indolence est absolue, et l'on peut palper énergiquement la masse morbide sans provoquer la moindre douleur. Je ferai remarquer, en outre, l'analogie qui existe jusqu'à un certain point entre ces ostéomes et les productions ostéophytiques de la nécrose phosphorée : même aspect poreux, même friabilité, même tendance à la formation de séquestres en divers points de l'os nouveau. Mais, tandis que les productions ostéophytiques de la nécrose phosphorée recouvrent un os nécrosé, dans l'ostéome, elles recouvrent un os parfaitement vivant et exempt de toute lésion. Dans les cas où il y aura des abcès et des fistules, il faudra prendre garde de s'en laisser imposer par la constatation de points osseux dénudés, et ne pas s'empresser de conclure, d'après ce seul fait, à une carie ou à une nécrose plus ou moins étendue du maxillaire lui-même, invaginée dans un os de nouvelle formation. Un examen local attentif et une analyse minutieuse de l'évolution de la maladie permettront, en général, d'éviter cette erreur, qui aurait pour conséquence d'entraîner le chirurgien dans une mauvaise voie thérapeutique.

Le pronostic est des plus satisfaisants, à la condition que le diagnostic soit exactement fait, et que l'intervention opératoire soit convenablement dirigée. Les faits que je viens de rapporter montrent en quoi cette intervention doit consister pour réaliser les conditions d'une opération radicalement curative. L'ostéome est une tumeur bénigne, entée sur le maxillaire sain ; il suffit, pour obtenir une guérison définitive, de l'enlever complètement, sans entamer l'os normal sous-jacent. Cette extirpation est facile à réaliser. Il faut aborder la production morbide par une incision d'une étendue proportionnée à ses dimensions, divisant toute l'épaisseur des parties molles, et longeant le bord inférieur du maxillaire, comme celle de la résection de la mâchoire ; s'il existe des fistules, il est avantageux de modifier le trajet de l'incision de façon à le faire passer par les orifices fistuleux : on se crée ainsi une voie plus libre et plus directe pour arriver sur les points osseux malades. Puis, à l'aide de la rugine, on détache le périoste de la surface de la tumeur et l'on met celle-ci à nu dans toute son étendue. On attaque ensuite, avec la gouge, le tissu de l'ostéome, et on l'enlève morceau par morceau, jusqu'à ce que l'on soit arrivé partout sur l'os sain, bien reconnaissable à son aspect et à sa consistance. Enfin les lambeaux, dont la face profonde est constituée par le périoste épaissi et soigneusement ménagé, sont réappliqués sur le maxillaire, et la plaie suturée. Si l'on ne néglige pendant les divers temps de cette opération aucune des précautions propres à assurer la parfaite asepsie de la plaie, la réunion se fait par première intention, et l'opération laisse à peine de traces.

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

QUINZIÈME ET DERNIÈRE LEÇON (1)

Le charbon interne de l'homme (charbon intestinal et pulmonaire).

SOMMAIRE.—Charbon intestinal, mycose intestinale : Cas de Wahl, Recklinghausen, Buhl, Waldeyer, Münch, Wagner, Leube et W. Muller, Kelsch, Albrecht. — Charbon pulmonaire. — Hadernkrankheit. — Woolsorters'disease ; les recherches de la commission de Bradford (J.-H. Bell, Spear, Greenfield) établissent sa nature charbonneuse.
Prophylaxie et traitement du charbon de l'homme.

Messieurs,

L'existence, chez l'homme, d'un charbon interne, sans porte d'entrée extérieure, c'est-à-dire d'un état analogue à la fièvre charbonneuse des animaux, n'avait pas échappé aux anciens observateurs (Fournier, Bertin, etc.) ; mais l'étude à peu près exclusive du charbon externe reléguait dans l'ombre ces cas difficiles et exceptionnels. Ce n'est que dans ce dernier quart de siècle que l'existence et les principaux caractères anatomiques et cliniques du charbon interne de l'homme ont été définitivement établis : acquisition importante, d'une part, parce qu'elle établissait un terme d'identité de plus entre la maladie charbonneuse de l'homme et celle des animaux, et d'autre part, parce qu'elle conduisait à d'utiles indications de prophylaxie et d'hygiène professionnelle.

Charbon intestinal (*mycose intestinale*). Au seuil de cette étude, nous rencontrons quelques faits isolés, sortes de trouvailles d'autopsie publiées à titre de curiosités et dont l'origine, probablement anthracique, n'a

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39, 40 et 1887, nos 3, 4, 6, 9, 12 et 13.

pu être soupçonnée qu'ultérieurement et d'une manière rétrospective.

Le premier de ces faits remonte à 1861 ; le Dr V. Wahl (de Saint-Pétersbourg), fit paraître une courte note sur « un cas de mycose stomacale » ; il s'agit d'une femme de 59 ans, qui mourut au bout de cinq jours, après avoir présenté au début un gonflement des parotides, de la difficulté à avaler, puis des vomissements, une dyspnée intense, de la cyanose et du refroidissement. « A l'autopsie, on trouva dans l'estomac une éruption de sortes de pustules, ressemblant à des pustules de variole ; elles étaient plus nombreuses dans la région pylorique, où elles présentaient une coloration jaunâtre et une dépression centrale. Le reste du tube digestif était normal ».

A l'examen microscopique de ces pustules, on trouva « des masses enchevêtrées de fins filaments, non ramifiés et de spores », siégeant profondément dans la muqueuse. Virchow, à qui l'auteur fit parvenir des fragments de l'estomac, confirma son examen et déclara qu'il s'agissait de « très-fins vibrions » ; il regarda comme très probable qu'on n'avait pas affaire à un phénomène cadavérique et que l'invasion de la muqueuse par ces organismes microscopiques s'était effectuée avant la mort (1).

En 1864, M. V. Recklinghausen publie un cas analogue, qu'il intitule « mycose de la muqueuse stomacale » ; il s'agit d'un tuberculeux, atteint de pleurésie et qui mourut rapidement avec des vomissements ; à l'autopsie, on trouva dans le grand cul-de-sac de l'estomac « plusieurs élevures circulaires ou allongées, assez fermes, de la grandeur d'un pois ou d'une cerise ; au sommet existait une dépression cratériforme, avec un fond irrégulier, déchiqueté, brun noirâtre, le tout entouré d'une forte zone d'hypérémie. Ces tumeurs occupaient surtout la sous-muqueuse. A l'examen microscopique, elles se montrèrent formées de cellules jeunes entremêlées de filaments extrêmement minces, réfringents, homogènes ». L'auteur rappelle le fait précédent de Wahl et incline aussi à croire que la mycose est la cause et non l'effet de ces singulières altérations stomacales (2).

J'ai tenu à citer ces faits, à cause de leur intérêt historique : les auteurs qui les ont publiés ne soulèvent même pas la question de la nature charbonneuse de ces lésions si insolites de l'estomac ; ce n'est même qu'avec de fortes restrictions, bien justifiées par l'état de la science à cette époque, qu'ils se demandent si cette « mycose » est primitive ou simplement cadavérique. Pouvons-nous aujourd'hui décider rétrospectivement qu'il s'agissait là de cas de charbon interne ? Il y a trop de lacunes dans la relation clinique et anatomique, pour permettre de se prononcer.

Quatre ans plus tard, Buhl produisit une observation importante, sous le nom de « mycose intestinale ».

Il s'agissait d'un cas clinique des plus obscurs, chez un homme présentant des vomissements et un collapsus cholériforme ; l'autopsie pratiquée en hiver, 12 heures après la mort, révéla les lésions suivantes : « le péritoine contenait une abondante sérosité louche ; œdème aigu des tuniques intestinales et du tissu rétro-péritonéal. Mais c'est surtout sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin que l'on trouva des lésions ne rentrant dans aucun cadre anatomo-pathologique connu.

« On y constata des tumeurs circonscrites, rappelant des infarctus hémorrhagiques, à sommet gangréné et coloré en jaune ; ces tumeurs étaient plus abondantes et plus volumineuses dans l'estomac et le duodénum que dans les portions inférieures de l'intestin.

A l'examen microscopique, on s'assura que cette lésion résultait de la présence de champignons filiformes (schyzomycètes d'après la nomenclature de Nægeli et de de Bary), ayant envahi la muqueuse et les ganglions mésentériques ; le sang de la veine porte et des veines mésaraiques fourmillait de filaments flottant entre les globules rouges (1) ».

Cette observation paraît bien être un cas de charbon intestinal ; dans les réflexions dont il la fait suivre, Buhl émet l'hypothèse de charbon, mais pour la rejeter aussitôt, influencé sans doute par les objections que rencontraient encore à cette époque les vues de Davaine ; il se rallie à l'interprétation plus vague de « mycose intestinale. »

Deux cas, presque identiques à celui de Buhl, furent bientôt après publiés par M. le professeur Waldeyer.

« Le premier de ces cas est celui d'un homme vigoureux, d'environ 30 ans, qui fut pris soudainement de gastralgie violente, de quelques vomissements et d'un peu de diarrhée au début ; bientôt il s'établit de la cyanose et de l'asphyxie et la mort survint deux jours après le début des accidents. On pensa d'abord à un empoisonnement, puis à un cas de choléra, maladie qui avait régné quelques mois auparavant à Breslau.

« A l'autopsie, on constata environ quatre litres de sérosité louche dans le péritoine ; les ganglions mésentériques étaient gros comme des prunes, mous et infiltrés de sang. Sur la muqueuse stomacale, on trouve plusieurs élevures rouge-foncé, occupant l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse et proéminant de plusieurs millimètres ; le sommet en est ulcéré ; ces saillies ressemblent à des éruptions furonculeuses fraîches. Ces foyers furonculeux hémorrhagiques se retrouvent, mais en plus petit nombre, tout le long de l'intestin jusqu'au voisinage du rectum. La rate est molle et très augmentée de volume. A l'examen des tumeurs occupant le tube digestif, on les trouva farcies de champignons microscopiques ».

« Le deuxième cas est celui d'un employé à l'abattoir de Breslau, âgé de 40 ans, qui mourut au bout de cinq jours, dans le collapsus, après avoir présenté une éruption hémorrhagique de la partie supérieure du corps, comparable à celle de la variole hémorrhagique ; pas de vomissement ni de diarrhée. L'autopsie pratiquée par M. Weigert révéla une infiltration pneumonique avec un foyer gangréneux du lobe inférieur du poumon gauche, de l'œdème du poumon, des ecchymoses sous-pleurales. Ganglions mésentériques tuméfiés et hémorrhagiques, rate volumineuse. Dans l'estomac et l'intestin, saillies hémorrhagiques proéminantes, occupant la muqueuse et la sous-muqueuse, à sommet ulcéré et couvert d'un exsudat brunâtre. L'examen microscopique révéla des zooglœa et des bâtonnets dans les vaisseaux portes, les ganglions mésentériques et dans les papules cutanées ». (2).

Quoique M. Waldeyer ait publié ces faits sous la rubrique de « mycose intestinale » il en discute la nature anthracique, mis en éveil surtout par la profession du sujet de la deuxième observation ; mais on voit que nous sommes encore en pleine hypothèse.

La même année, M. Münch (de Moscou) fit paraître une note intitulée : « mycose intestinale et charbon » où, pour la première fois, la nature charbonneuse de cette mycose est formellement indiquée. Comme prosecteur de l'hôpital de Moscou, il eut l'occasion de pratiquer 28 autopsies d'individus morts du charbon, dont 11 ne présentaient pas de charbon externe. Chez ces 11 sujets (dont plusieurs étaient ouvriers en crins) « les lésions intestinales étaient identiques à celles décrites par Buhl et Waldeyer sous le nom de *mycosis intestinalis* (3).

A partir de ce moment, la question fit de rapides progrès, surtout après la publication du mémoire de

(1) E. V. Wahl. *Ueber einen Fall von Mycose des Magens* (*Virchow's Arch.*, 1861, 21, p. 579.)

(2) V. Recklinghausen. *Mycose der Magenschleimhaut* (*Ibid.* 1864, t. XXX, p. 366).

(1) Buhl. *Mycosis intestinalis* (*Centralbl. med. W.*, 1868, p. 3). — Ce cas a été reproduit par l'auteur, avec plus de détails en 1870, dans la *Zeitschrift f. Biologie*, t. VI, p. 129.

(2) Waldeyer. *Mycosis intestinalis* (*Virchow's Archiv.*, 1871, t. LII, p. 541).

(3) Munch (G.). *Mycosis intestinalis und Milzbrand* (*Centralbl. f. Wissensch. med.*, 1871, p. 802).

*

M. E. Wagner (1). Parmi les six faits qui y sont relatés, deux surtout méritent d'être rappelés.

« Un teinturier en pelleterie se couche bien portant ; au milieu de la nuit, céphalée, vertiges, bientôt après ballonnement du ventre, vomissements, selles sanguinolentes, convulsions épileptiformes, coma et mort au bout de 36 heures. Le diagnostic hésita entre un empoisonnement et un sopor épileptique ou alcoolique. Autopsie pratiquée 14 heures après la mort : épanchement séreux, clair, dans le péritoine ; rate doublée de volume, molle. Sur la muqueuse de l'intestin grêle, nombreuses saillies rouge sombre, hémorrhagiques, à centre déprimé et d'une teinte jaune grisâtre. Tuméfaction et infiltration hémorrhagique des ganglions mésentériques correspondants ».

La deuxième observation est celle d'un ouvrier cordier, qui maniait des crins provenant de Russie ; sa maladie ne dura que 24 heures, les symptômes furent de l'inappétence, de la diarrhée et des coliques. A l'autopsie, mêmes lésions intestinales que dans le cas précédent.

L'examen microscopique révéla l'existence du bacillus anthracis dans les ulcérations intestinales, les ganglions mésentériques et dans le sang de la circulation générale. La nature anthracique de la « mycose intestinale » était mise hors de doute. M. Wagner pense que dans ces cas, l'infection a pu se produire à la suite de l'ingestion par ces ouvriers d'aliments souillés de poussières charbonneuses.

Mentionnons aussi le travail de MM. Leube et W. Müller ; la première observation est particulièrement intéressante (2).

« Il s'agit d'un homme de cinquante ans, ayant mangé abondamment du foie mal cuit d'une chèvre morte du charbon ; il se produisit des vomissements, de la cyanose et la mort survint dans le collapsus au bout de deux jours, à la suite de phénomènes faisant penser à un empoisonnement. A l'autopsie, rate molle, volumineuse ; l'estomac et l'intestin sont parsemés de saillies hémorrhagiques ; on en constate également sur le colon. A l'examen microscopique, la pulpe splénique et le sang se montrèrent remplis de bâtonnets ».

M. Albrecht (de Saint-Pétersbourg) pratiqua en 1878, à l'hôpital Obuchow, 6 autopsies de « charbon interne » ; dans 5 de ces cas, le charbon était un charbon intestinal type, sans localisation externe ; parmi les victimes, deux étaient ouvrières en crins (3).

Mentionnons enfin un « cas de charbon intestinal sans lésions externes » observé en 1876, à Batna, en Algérie, par M. le professeur Kelsch, mais qui ne fut publié qu'en 1881. Quoique l'examen microscopique n'ait pas été pratiqué et que la constatation du bacille anthracique dans le sang n'ait pas été faite, les lésions macroscopiques de l'intestin signalées par cet habile anatomo-pathologiste sont tellement caractéristiques, qu'il n'y a guère de doute qu'il ne se soit agi en effet d'un cas de charbon intestinal (4).

(1) Wagner (E.). *Die Intestinalmykose und ihre Beziehung zum Milzbrand* (*Arch. der Heilkunde*, 1874, t. XV, p. 1).

(2) Leube und W. Muller. *Drei Fälle von Mycosis intestinalis und deren Zusammenhang mit Milzbrand* (*Arch. f. klin. Med.*, 1874, t. XII, p. 517).

(3) Albrecht. 6. *Fälle von Pustula maligna interna* (*Petersb. med. Wochenschr.*, 1878, n° 43).

(4) Kelsch. *Contribution à l'histoire du charbon chez l'homme.* (*Revue de médecine*, 1881, p. 579.) — Une épidémie singulière fut observée en 1877 à Wurzen, où 206 personnes ayant mangé de la viande provenant d'une vache malade présentèrent des phénomènes intestinaux plus ou moins graves et 6 moururent ; MM. K. Huber et Butter décrivent cette épidémie comme étant de nature charbonneuse ; mais, après la lecture attentive de leur mémoire, je suis porté à croire qu'il s'agissait d'une intoxication d'une autre espèce, se rapprochant des faits de botulisme (V. K. Huber und Butter, *Die Massenerkrankung in Wurzen, im Juli 1877*, *Arch. für Heilk.* 1878, t. 19, p. 1).

On voit, par ces faits, que l'histoire du charbon intestinal, quoique encore loin d'être complète, est suffisamment caractérisée, tant au point de vue anatomique que symptomatique. La maladie débute assez brusquement par de la prostration, de la courbature, parfois du frisson ; aussitôt après, apparition de troubles digestifs, vomissements, coliques, ballonnement du ventre, diarrhée ; en même temps, on constate une atteinte profonde de toute l'économie ; gêne respiratoire, petitesse du pouls, cyanose, tendance au refroidissement, un état rappelant l'algidité cholérique ; la mort a lieu le plus souvent dans le collapsus, exceptionnellement avec des convulsions tétaniques, en moyenne deux à cinq jours après le début des accidents.

Le caractère anatomique le plus frappant, outre l'anthracémie, est l'existence de lésions gastro-intestinales presque caractéristiques et que tous les auteurs qui les ont vues ont décrites presque dans les mêmes termes : ce sont, sur la muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, et quelquefois du colon, des saillies d'apparence furonculeuse ou pustuleuse, rouge-brun, hémorrhagiques, à sommet ulcéré, jaunâtre, gangréneux, que l'examen microscopique montre être de véritables foyers bactéridiens ; œdème gélatineux et hémorrhagique du tissu rétro-péritonéal ; tuméfaction et état ecchymotique des ganglions mésentériques ; rate molle, le plus souvent, mais pas toujours augmentée de volume. Les autres lésions pulmonaires, méningées, etc., sont moins constantes et manifestement secondaires.

Le mode d'infection, dans le charbon intestinal, est maintenant bien élucidé grâce à nos notions sur le charbon dit spontané des ruminants et aux expériences de transmission du charbon aux animaux par la voie digestive : le charbon intestinal de l'homme résulte de l'ingestion de substances souillées de bactéridies ou de spores de bactéridies.

Il existe sans doute des formes mitigées, curables, du charbon intestinal, quoiqu'à ce sujet on ne puisse encore émettre que des hypothèses ; il est probable, par exemple, que c'est ainsi qu'il faut interpréter les cas d'indigestion, d'embarras gastrique, etc., qui ont été notés chez certains individus ayant mangé de la viande d'animaux charbonneux, pendant que tel autre sujet, ayant consommé de la même viande, contractait un charbon intestinal mortel. (*A suivre*).

OBSTÉTRIQUE

Rupture du cordon pendant l'accouchement due à l'expulsion brusque du fœtus, la femme étant dans la situation horizontale. — Deux observations (1).

Par P. BUDIN.

Les auteurs pensaient généralement autrefois, et beaucoup de médecins pensent encore aujourd'hui que le cordon ombilical possède une assez grande force de résistance, mais les faits cliniques et les recherches expérimentales ont montré que cette force de résistance est loin d'être aussi considérable qu'on pourrait le croire. On ne compte plus les cas dans lesquels la femme accouchant debout ou accroupie, la tige funiculaire s'est rompue : Klein (2) en avait rassemblé

(1) Communication faite à la *Société de médecine légale*, le 18 avril 1887.

(2) Klein cité par Briand et Chaudé. *Manuel de médecine légale*, 8e édition, p. 249 et 253, 1869.

PUBLICATIONS
DU
Progrès Médical

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
D'ANATOMIE MÉDICALE
DU
SYSTÈME NERVEUX
PAR
Le Dr Ch. FÉRÉ

Un fort volume in-8° de 496 pages avec 204 figures intercalées dans le texte; prix, **10** fr. — Pour nos abonnés : prix, **7** fr.

HYSTÉRIE ET TRAUMATISME

PARALYSIES, CONTRACTURES, ARTHRALGIES, HYSTÉRO-TRAUMATIQUES
Par le Dr Paul BERBEZ

Un vol. in-8° de 127 p.— Prix, **3** fr. **50**
Pour nos abonnés, **2** fr. **75**.

BOURNEVILLE, BUDOR, DUBARRY, LEFLAIVE et BRICON. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1885. — 1 vol. in-8 de LXXVIII-182 p., avec onze figures, cinq planches et un plant — Prix : 6 fr. Pour nos abonnés, prix : 4 fr.

BLANCHARD (R.). **Les Universités allemandes.** Un volume in-8° de 268 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

un certain nombre d'observations et, plus récemment, Winckel (1) a publié un tableau résumant 42 cas d'accouchements précipités avec rupture du cordon ; ses faits ont été recueillis à la Maternité de Dresde. Du reste, les hémorrhagies sont rares après la rupture du cordon, à moins qu'elles ne soient favorisées par quelque autre circonstance, s'il y a par exemple obstacle à la respiration du nouveau-né.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer quelques faits de ce genre ; dans l'un des cas, la malade était en voiture et se rendait à la Charité, l'enfant tomba et le cordon se brisa ; dans l'autre, la femme était debout près de son lit, sentant qu'elle accouchait, elle s'inclina en avant et essaya de recevoir le produit de conception dans ses deux mains, mais il glissa et il y eut rupture du cordon. La mère enveloppa son nouveau-né dans un châle, descendit, prit une voiture et se fit transporter à l'hôpital. Aucun de ces enfants n'eut d'hémorrhagie par le cordon.

Un certain nombre d'auteurs, Négrier (2), Spæth (3), Pfannkuch (4), Schatz (5) ont fait des expériences afin d'étudier quelle est la force nécessaire pour amener la rupture du cordon ombilical, et quelles sont les conditions qui favorisent cette rupture. De leurs recherches, il résulte que le cordon peut se rompre sous l'action d'une force brusquement développée et moindre que celle représentée par le poids de l'enfant. — Le cordon se déchire plus aisément s'il présente de nombreuses spirales, car, par suite de l'enroulement, la force de traction ne porte pas simultanément sur toutes les parties du cordon ; l'amnios qui occupe la concavité d'une spirale se déchirerait d'abord, puis les deux artères et enfin la veine ombilicale. — Le cordon du fœtus vivant n'offrirait pas autant de résistance que le cordon vide et flasque sur lequel on fait des expériences quelque temps après l'accouchement.

Si la femme qui accouche se trouve non pas debout, mais étendue sur un lit, si par conséquent le poids du fœtus n'entre pas en jeu, l'action de la contraction utérine à laquelle s'ajoute l'effort peut-elle être assez puissante pour amener la rupture de la tige funiculaire ? Cette rupture a été notée dans les cas de brièveté absolue ou relative du cordon. Nægele (6), Devilliers (7) ont rapporté des exemples de déchirure incomplète, Rigby (8), Spæth (9), des faits de déchirure complète.

Mais s'il n'y a pas de brièveté du cordon, s'il n'y a point d'obstacles à la sortie du fœtus, ni de tiraillements répétés de la tige funiculaire, la rupture peut-elle encore avoir lieu ? La solution de cette question a une certaine importance au point de vue médico-légal. On peut, en effet, une femme ayant accouché sur son lit, avoir à se demander si le cordon s'est déchiré spontanément, ou si sa rupture est fatalement la conséquence des tractions qui ont été exercées par la mère elle-même.

(1) Winckel. *Ueber die Behandlung præcipitirter Geburten für die Ætiologie des Puerperalfiebers*, p. 52, Munchen, 1884.
(2) Négrier. *Annales d'hygiène publique de médecine légale*, 1841, t. XXV, p. 126-140.
(3) Spæth. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1851, p. 515.
(4) Pfannkuch. *Archiv für Gynæk.*, Bd. VII, p. 28. 1875.
(5) Schatz. *Archiv f. Gynæk.*, Bd. IX, p. 45, 1876.
(6) Nægele. *Heidelberger klinische Annalen*, Bd. III, p. 489, 1827.
(7) Devilliers. *Recueil de mémoires et d'observations*, p. 184. Paris, 1862.
(8) Rigby, cité par Cazeaux. *Traité d'accouchements*, 8e édition, p. 853, 1870.
(9) Spæth. In *Chiari, Braun, Spæth. Klinik der Geburts. u. Gyn.*, p. 75, 1855.

Les faits publiés jusqu'ici sur ce sujet sont extrêmement rares. Spæth (1) en a rapporté un, mais l'enfant était mort et macéré.

Observation. — N..., primipare, 26 ans, présentation du siège. Etant donné la résistance de l'orifice utérin et l'insuffisance des douleurs, la dilatation se fit si lentement qu'on donna un bain de siège. La période d'expulsion ne dura qu'une demi-heure. Comme le siège de la femme se trouvait assez enfoncé, la sage-femme voulut placer un coussin sous le sacrum pour élever le bassin ; pendant ces manœuvres, une contraction assez forte survint et l'enfant fut lancé à 50 centimètres environ des organes génitaux. Le cordon épais, gélatineux et friable se rompit ; il n'avait que 30 centimètres de long. L'enfant était âgé de 9 mois lunaires et était macéré.

Dans un cas publié par L. E. Dupuy (2) le fœtus était vivant.

Observation. — La nommée N. C..., 25 ans, journalière, secondipare, entre le 23 octobre 1873 à la Maternité de Cochin, dans le service de M. Polaillon.

Comme particularité de son dernier accouchement, elle raconte d'une façon très nette que le cordon faisait trois fois le tour du cou de l'enfant. Elle est à terme. Les douleurs ont commencé la veille à neuf heures du soir. A midi, la dilatation est complète et la poche des eaux se rompt. Sommet en O. I. G. A.

A ce moment, les contractions deviennent très énergiques, très rapprochées et la tête apparaît à la vulve. Après le dégagement du sommet, il survient un moment d'arrêt très court dans l'expulsion, et la sage-femme du service constate un double circulaire autour du cou fœtal. Elle allait passer le doigt sous le premier circulaire pour le couper ensuite avec des ciseaux, lorsqu'une contraction très énergique amena brusquement l'expulsion complète du fœtus. L'enfant est vivant et bien conformé, mais au niveau de son ombilic on remarque aussitôt un jet de sang considérable. Voici la cause de cette hémorrhagie : le cordon a été arraché au ras de l'ombilic, de telle façon que la partie gélatineuse n'existe plus, la gaîne seule persiste en quelques endroits sous forme de petits lambeaux déchiquetés.

Appelé par la sage-femme, je me hâte de comprimer entre deux doigts les parties persistantes du cordon et je les comprends dans une ligature. Au bout de peu d'instants, je fus maître de l'écoulement sanguin qui ne se reproduisit point.

L'enfant est très pâle et exangue ; il a perdu environ 190 gr. de sang.

Son poids est de 3.130 grammes ; le cordon a une longueur de 60 centimètres ; il n'est pas maigre : sa consistance est normale.

Le 24 octobre, l'enfant a meilleur aspect. Il pèse 3.120 gr. Par suite de la rétraction de l'anneau ombilical, la ligature est fortement attirée en dedans. Elle tomba au bout de trois jours et l'enfant se rétablit complètement.

A ces faits, qui paraissent absolument exceptionnels, nous pouvons ajouter deux observations qui viennent de notre service de la Charité. L'une d'entre elle a été recueillie au mois d'août dernier par l'aide-sage-femme de service qui faisait elle-même l'accouchement ; l'autre nous a été remise par notre interne, M. Courbarien, sous les yeux duquel la déchirure du cordon s'est produite. Nous ne rapporterons de cette dernière observation, qui avait été prise très minutieusement, que ce qui nous intéresse relativement à la rupture de la tige ombilicale.

1re Observation. — La nommée H..., femme L..., entre à la Charité le 15 août, à 1 heure 30 du matin. Elle est âgée de 29 ans et a déjà eu un enfant à terme ; ordinairement bien réglée, elle perd chaque fois pendant trois jours, peu abondamment.

(1) Spæth. In *Chiari, Braun, Spæth. Klinik der Geburts. und Gyn.*, p. 75, 1855.
(2) L. E. Dupuy. *Gazette obstétricale*, t. VI, p. 289, 1877.

Les dernières règles datent du 27 au 29 novembre 1885, époque à laquelle elle est devenue enceinte ; elle serait grosse de huit mois et une semaine. Les contractions douloureuses sont apparues le 14 août à 11 heures du soir, ce qui la décide à venir à l'hôpital. A son arrivée, on constate une présentation du sommet, un dos à gauche, et le siège au fond de l'utérus. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus. La rupture des membranes se fait spontanément à 3 heures 40. A 3 heures 45, on touche la femme ; on trouve une dilatation complète et un sommet engagé en O. I. G. La femme fait des efforts, la tête apparait à la vulve et se dégage rapidement. Malgré les recommandations, la femme continue à pousser : la tête tourne aussitôt, une contraction chasse violemment le fœtus et le cordon se rompt à 10 centimètres environ de son insertion ombilicale ; on voit alors deux jets de sang : l'un provenant de l'extrémité placentaire, l'autre de l'extrémité fœtale ; on saisit immédiatement cette dernière extrémité et on fait la ligature. Au moment de la sortie des membres, on s'aperçut que le cordon était enroulé autour d'une des cuisses de l'enfant.

Le nouveau-né respire bien et peu après se met à crier. Il est pâle et pèse 3.000 grammes. Le travail a duré 4 heures 50.

La délivrance se fait naturellement à 4 heures 10, vingt minutes après l'expulsion de l'enfant. Le placenta pèse 470 grammes. Le cordon mesure 42 centimètres, extrémité fœtale comprise.

Les suites de couches sont normales. La mère et l'enfant partent le 24 août en bon état.

2me Observation. — La nommée Marie P..., âgée de vingt-sept ans, primipare, entre à la salle d'accouchement de la Charité le 13 décembre, à neuf heures du soir. Elle a eu ses dernières règles du 1er au 5 avril et a senti remuer le 13 août ; elle serait enceinte d'un peu plus de huit mois. Le sommet se présente en position O. I. G. A. A minuit trente, le 20 décembre, la dilatation est complète, les membranes sont rompues artificiellement ; une certaine quantité de liquide amniotique citrin s'écoule et la tête descend dans l'excavation sous l'influence des contractions utérines et des poussées de la femme. La tête se fléchit de plus en plus, la rotation se fait au moment où elle arrive sur le plancher du bassin, l'occiput se place sous la symphyse ; puis la tête se défléchit et se dégage rapidement. On laisse exécuter spontanément le mouvement de rotation externe, la tête tourne d'elle-même lentement et l'occiput se place à gauche, tandis que l'épaule antérieure se place sous la symphyse ; on dégage la postérieure et aussitôt après sa sortie le tronc de l'enfant est violemment expulsé, il est pour ainsi dire projeté entre les cuisses de la femme. Le cordon qui mesure 38 centimètres est si brusquement distendu qu'il se rompt sur-le-champ ; cette rupture s'accompagne d'une petite secousse, on fait la ligature aussitôt. L'enfant, du sexe féminin, pèse 2.565 grammes ; il est pâle, mais il se met aussitôt à crier et à respirer. La rupture s'est faite en un point un peu aminci du cordon sur le bout fœtal, la surface de rupture est taillée obliquement en biseau ; les trois vaisseaux sont rompus à la même hauteur. Mis à nu dans une étendue de 1 centimètre, ils arrivent jusqu'à l'extrémité effilée constituée par la gaine amniotique ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie en quantité appréciable par les artères ombilicales qui continuent à battre pendant quelques minutes après la ligature.

Le bout fœtal mesure 7 centimètres. La délivrance est faite naturellement, le 30 décembre, à l'aide de légères tractions sur le cordon ; le placenta était en grande partie dans le vagin, il pèse 490 grammes ; les membranes sont entières.

Les suites de couches furent normales. La mère et l'enfant sortirent en bon état le 9 janvier 1887.

Ainsi donc, dans ces deux cas, bien qu'il n'y eut aucune brièveté relative ou absolue du cordon, bien que la tige funiculaire ne fut point particulièrement grêle, elle se rompit sous l'influence de la contraction utérine et de l'effort qui lancèrent pour ainsi dire le tronc du fœtus au dehors.

L'extrême rareté de ces faits, l'intérêt qu'ils peuvent présenter au point de vue médico-légal nous ont déterminé à les publier.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La contagion à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le fait de la *contagiosité* de certaines maladies est aujourd'hui accepté par tous les médecins. La transmission, à faible distance ou par contact plus ou moins immédiat, de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, de la diphtérie, n'est plus contestée. Donc tout enfant atteint d'une maladie de cette espèce doit être séparé, isolé des enfants qui en sont indemnes.

Tout le monde est d'accord sur ce point et personne n'exposerait sciemment son propre enfant aux dangers d'une pareille contagion. S'il en est ainsi, pourquoi l'isolement n'est-il pas encore réalisé dans les hôpitaux d'enfants de Paris ? Pourquoi sommes-nous obligés de constater, en 1887, que les victimes de la contagion nosocomiale ont été aussi nombreuses en 1886 que dans les années précédentes. Après les thèses si courageuses et si instructives de Maunoir (1876), de Béclère (1882), après les doléances et les protestations répétées des médecins (Vidal, Besnier, Marjolin, etc.), après les articles sévères des journaux de médecine et en particulier du *Progrès médical*, le mal est toujours aussi grand et la statistique funèbre toujours aussi navrante.

Le Dr Lancry, ancien interne à l'hôpital des enfants de la rue de Sèvres, vient de publier une thèse sur la contagion de la diphthérie et sur la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants (1).

Les critiques que M. Lancry adresse à l'hôpital de l'*Enfant-Jésus* peuvent s'appliquer avec la même force aux autres hôpitaux d'enfants de Paris (Trousseau, Enfants-Assistés).

C'est avec raison qu'il blâme l'organisation actuelle des consultations : « *Qui ne sera pas étonné*, dit-il, *en apprenant que les 100 à 150 enfants qui viennent chaque jour de Paris ou de la banlieue consulter à l'Enfant-Jésus, sont tous assis pêle-mêle sur des bancs, dans une grande salle d'attente, où les plus favorisés, ceux qui ont les premiers numéros d'ordre, séjournent au moins une heure ? Parmi ces enfants, il y a des croups, des angines diphthériques, des rougeoles, des varioles, des scarlatines, des fièvres typhoïdes, des coqueluches, des gales et des teignes. Or, les enfants atteints de ces maladies sont mêlés avec la foule de ceux, bien plus nombreux, qui n'ont aucune maladie contagieuse...*

« *Si on voulait intentionnellement répandre à profusion par les quatre coins de la ville le contage de la diphthérie et de toutes les affections contagieuses, je me demande ce qu'on pourrait trouver de plus efficace pour atteindre ce but...* »

M. Lancry ajoute que, s'il avait un enfant, il ne voudrait à aucun prix le conduire à la consultation de l'Enfant-Jésus, estimant que les dangers qu'il lui ferait courir ne pourraient être compensés par les conseils de maîtres qui méritent cependant toute sa confiance. Il nous semble qu'il ne serait pas impossible de donner satisfaction, sur ce point, à M. Lancry. L'Administration devrait se mettre en mesure de consacrer à la consultation plusieurs salles séparées : une salle commune

(1) Paris, 1886. Steinheil, éditeur.

dans laquelle ne seraient admis que les enfants non suspects d'affections contagieuses ; deux ou trois petites salles d'attente pour les enfants atteints de diphthérie, rougeole, coqueluche, etc. Un externe ou même l'interne du service chargé de la consultation se tiendrait, dès l'ouverture des portes, dans un vestibule destiné au triage consciencieux des enfants. Nous avons éprouvé cette mesure bien simple et, dans des conditions moins favorables que celles dont peut disposer l'Assistance publique, nous avons obtenu les meilleurs résultats de cet isolement préalable des enfants conduits au Dispensaire de la Société Philanthropique. L'Administration ne doit pas fermer les yeux sur la promiscuité dangereuse qui a régné, de tout temps, dans ses consultations hospitalières. Il est nécessaire, il est urgent, de faire cesser une situation que la routine explique sans l'excuser. Si l'administration reste sourde à la voix des médecins, elle verra tomber peu à peu ses consultations externes, ce qui sera un préjudice pour l'enseignement de la pédiatrie déjà si précaire en France et un scandale pour une administration républicaine qui, plus que toute autre, loin d'écarter d'elle les malheureux, doit les attirer, aller au-devant d'eux.

L'isolement n'existe pas plus dans les salles de l'hôpital qu'à la salle de consultation. Archambault, il y a longtemps déjà, disait qu'aux Enfants-Malades *on mourait, non pas de l'affection pour laquelle on entrait, mais de celle qu'on y contractait*. Eh bien ! dit M. Lanery, *c'est toujours la même chose ou plutôt c'est pire*. Les cas intérieurs de rougeole, de coqueluche, de scarlatine, d'ophthalmie, de diphthérie sont tout aussi nombreux que par le passé.

En 1882, l'Administration a ouvert un pavillon d'isolement pour la diphthérie, il faut lui savoir gré de cette innovation. Mais l'isolement n'est pas àbsolu, et ce qui le démontre, c'est la statistique des cas intérieurs que publie M. Lanery ; il y a eu :

Dans le 2e	trimestre	1882.	31	cas intérieurs.
—	l'année	1883.	83	—
—	—	1884.	189	—
—	—	1885.	149	—

Cette statistique est encore trop faible, car elle ne comprend pas les cas intérieurs du pavillon d'isolement qui frappent les enfants atteints d'angine suspecte. S'il y avait des chambres d'observation ou de *quarantaine* pour les cas douteux, cette dernière catégorie de cas intérieurs disparaîtrait.

Voilà pour la diphthérie ; passons à la rougeole. Déjà Béclère avait vu, dans un seul service, 52 cas intérieurs de rougeole et 30 décès.

D'après les calculs de M. Lanery, et ils sont plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité, les cas intérieurs de rougeole à l'Enfant-Jésus, donneraient annuellement 40 décès. La scarlatine fournirait 12 à 15 cas intérieurs (3 à 4 décès) ; même proportion pour la coqueluche.

Voici les conclusions de l'étude statistique à laquelle s'est livré M. Lanery : L'hopital de l'Enfant-Jésus tue environ 200 enfants par an, savoir : 100 à 120 par diphthérie ; — 40 par rougeole ;

40 par scarlatine et coqueluche ; le reste par les complications éloignées de la rougeole, de la coqueluche et de la diphthérie. Et tout cela, sans préjudice des maladies contagieuses que vont rapporter à leurs frères et sœurs, à leurs camarades d'école, etc., tous les enfants qui sortent de l'hôpital, soit pour y avoir été soignés, soit simplement pour y être venus chercher une consultation. Certes, les chiffres fournis par M. Lanery ne sont pas rigoureusement et absolument exacts ; ils sont trop forts ou trop faibles ; ils n'en sont pas moins convaincants.

Si nous appliquons ses calculs à l'hôpital Trousseau et à l'hospice des Enfants-Assistés qui sont aussi défectueux, au point de vue hygiénique, que l'Enfant-Jésus, nous aurons une moyenne annuelle de 500 décès imputables à l'absence ou à l'insuffisance d'isolement des maladies contagieuses. C'est là un gros chiffre qui prête à de douloureuses réflexions. Quels que soient les services rendus à la population indigente de Paris par les hôpitaux d'enfants, ils auront de la peine à balancer cette mortalité *évitable* que nous avons le regret de constater périodiquement.

Si l'Administration a cru faire *tout* ou même *beaucoup* en édifiant, dans chaque hôpital d'enfants, un pavillon d'isolement pour la diphthérie, elle s'est trompée. Les sacrifices, d'ailleurs modérés, qu'elle s'est imposés dans un but si louable, sont insuffisants.

L'isolement, qu'elle a tenté pour une seule maladie, est illusoire ; les cas intérieurs de diphthérie sont aussi nombreux que jadis. Le personnel n'est pas isolé, les enfants suspects ne sont pas mis en quarantaine.

Enfin, aucune tentative d'isolement des autres maladies contagieuses (rougeole, scarlatine, coqueluche) n'a été faite. Les salles communes laissent beaucoup à désirer au point de vue de l'hygiène ; une visite à l'hôpital des Enfants laisse toujours une impression pénible. Un médecin de l'hôpital Trousseau nous avouait récemment qu'il verrait brûler, sans émotion, cet établissement. En effet, ces vieux bâtiments répondent si peu à leur affectation actuelle que leur anéantissement complet serait désirable.

Si les hôpitaux d'enfants n'existaient pas, faudrait-il les reconstruire dans les mêmes conditions ? Personne n'oserait le soutenir. Mais ils existent et on veut les utiliser ; l'Administration est liée par un passé dont elle a reçu l'héritage ; nous lui accorderons des circonstances atténuantes, et c'est tout. Car nous avons la conviction que, le jour où elle le voudra résolument, elle pourra réaliser cet isolement que nous réclamons avec tant d'énergie. Les dépenses qu'entrainerait la création de pavillons en bois seraient relativement minimes et, d'ailleurs, ne seraient-elles pas couvertes en quelque sorte par le chiffre des vies humaines qu'on aurait économisées ? (1).

Que faudrait-il, pour isoler ces maladies contagieuses qui, dans les seuls hôpitaux d'enfants, font environ 500 victimes par leur transmission fatale ? Les pavillons d'isolement existent pour la diphtérie, il suffirait d'ajouter quelques chambres de *quarantaine* et d'isoler *complètement* le personnel médical et administratif pour faire disparaître les cas intérieurs. La rougeole, la plus contagieuse des maladies, devrait être également isolée dans un pavillon analogue à celui de la diphthérie.

(1) Des pavillons en briques et bois analogues à ceux de l'hopital Broussais ou en brique et fer comme à Bicêtre seraient largement suffisants.

En attendant la construction de ce pavillon, il suffirait, pour supprimer ou pour restreindre les cas intérieurs, de cantonner tous les enfants atteints de rougeole dans une salle spéciale. Cette mesure vient d'être adoptée aux Enfants. M. Béclère a démontré, en effet, que le contage de la rougeole était diffusible seulement à courte distance. La scarlatine et la coqueluche seraient également isolées dans des pavillons spéciaux.

Je ne parle pas de la variole avec laquelle nous avons perdu l'habitude de compter, grâce à la vaccine. Le jour où ce moyen prophylactique incomparable viendrait à nous manquer, des mesures urgentes s'imposeraient à tous. Joignez à la construction (qui n'est malheureusement pas encore projetée) de ces pavillons d'isolement une meilleure organisation des *consultations externes* qui s'obtiendrait sans aucun frais, qui réaliserait de grandes économies, et vous aurez les grandes lignes de la prophylaxie hospitalière des maladies contagieuses.

Je n'ignore pas que de graves objections peuvent m'être opposées et qu'on peut déclarer impossible ce que je proclame facile et peu coûteux. On me dira que la caisse est vide et que la place manque à l'hôpital des Enfants; il s'agit de trois baraques en bois à ajouter aux construetions déjà existantes. Vous n'avez pas de place, faites-en; démolissez un ou deux de vos pavillons empestés et, à leur place, mettez les *baraques* à bon marché dont nous nous contenterons, parce que nous avons le sentiment de la situation budgétaire. Dans ces conditions, l'isolement coûterait à la Ville quelques centaines de mille francs. Je sais bien qu'il y a un autre côté de la question et qu'il faut ménager les susceptibilités et les droits de nos collègues des hôpitaux. Une organisation toute nouvelle pourrait léser certains intérêts forts respectables et que je ne dois pas méconnaître. Mais on ne ferait jamais rien si l'on voulait s'arrêter aux difficultés réelles ou présumées d'une entreprise.

Une considération doit primer toutes les autres; VEUT-ON CONSERVER UN ÉTAT DE CHOSES QUI FAIT MOURIR 500 ENFANTS PAR AN?

Il faudra bien, tôt ou tard, affronter la solution du problème; pourquoi donc reculer indéfiniment dans une voie où nous avons été devancés par toutes les nations de l'Europe? La Russie elle-même possède des hôpitaux d'enfants qui réalisent l'isolement presque parfait des maladies contagieuses. Si nous attendons trop longtemps, la population indigente de Paris sera de plus en plus pénétrée par la notion des dangers que les hôpitaux font courir à ses enfants et de la lourde responsabilité qu'assume l'administration (1).

Mais les intérêts majeurs de l'enseignement clinique, qui ne peut se donner que dans les hôpitaux, seront gravement compromis. Espérons que, sous la pression vigoureuse et incessante des médecins et de la presse médicale, l'Administration se réveillera enfin et nous donnera bientôt la preuve qu'elle a conscience des dangers que nous venons de lui rappeler (2). Dr J. COMBY.

(1) Des dispensaires pour enfants s'élèvent de tous les côtés: Dispensaire de la Société Philanthropique (la Villette), Dispensaire Furtado-Heine (Montrouge), Dispensaire Péreire (Levallois-Perret), etc., etc.

(2) Les rouages compliqués et vieillis d'une grande Administration sont peu propres à l'exécution immédiate d'une entreprise neuve et hardie, à moins d'une impulsion vigoureuse. Aujourd'hui, l'Assistance publique a, à sa tête, un Directeur qui n'est pas ennemi du progrès et un Secrétaire général animé du désir de faire mieux que ses devanciers; on doit attendre beaucoup de leur initiative.

Cours de pathologie interne : M. Damaschino.

Après les maladies de la moelle, qui firent le sujet du cours de l'an passé, M. DAMASCHINO entreprend l'étude des *affections de l'encéphale et des nerfs crâniens*. Le sujet, comme on le voit, est vaste et mérite d'être traité avec développements, étant donnés surtout les progrès incessants de la neuropathologie. Mais il n'est pas fait pour effrayer le professeur, rompu depuis longtemps à de tels travaux qui ont marqué plus d'une étape de sa vie scientifique, de découvertes originales. Aussi, comme les années précédentes, les élèves sont-ils accourus en foule, reconnaissants des efforts particuliers faits en vue de les initier à des matières d'une exposition délicate et d'une compréhension souvent difficile.

M. Damaschino, on le sait, ne néglige rien pour rendre son cours fructueux. Ayant obtenu du regretté doyen, M. Béclard, de faire aménager le grand amphithéâtre en chambre noire, il fait passer sous les yeux des élèves une série de projections parfaitement réussies, complétant admirablement la partie dogmatique d'une leçon exposée de la façon claire, précise, qui a valu à M. Damaschino de si brillants succès dans les nombreux concours où il a triomphé. Ce qui fait en outre l'originalité de ce cours essentiellement recommandable, c'est que ce professeur ne se contente pas de reproduire par la photographie des dessins déjà connus et dont beaucoup sont passibles de retouches. Il prépare toutes les pièces lui-même, dans le laboratoire qu'il a fondé à l'hôpital Laënnec et projette les pièces ou les préparations microscopiques qui ont de ce fait toute la valeur d'un document. C'est ainsi qu'étudiant dans cette première leçon le développement et la morphologie de l'encéphale il a montré aux élèves, de la façon la plus nette, les transformations que subissait l'organe de la pensée depuis les premiers mois de la vie utérine jusqu'à la fixation définitive de sa forme chez l'adulte. De plus, une comparaison habile avec des cerveaux d'anthropoïdes et d'animaux moins élevés dans l'échelle des êtres, a permis de saisir les transitions si importantes au point de vue de la formation des *plis de passage*, de l'occlusion de la *scissure perpendiculaire externe*, etc. Enfin, certaines malformations congénitales observées sur des cerveaux d'idiots, lui ont fourni l'occasion d'étudier les formes de transition dans la série animale. Les élèves ont montré par leur préférence et leurs applaudissements qu'ils savaient apprécier un cours qui, tous les ans, obtient le succès le plus considérable et le plus mérité.

L'Enseignement à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

Certains de nos lecteurs ont pu croire que nous avions exagéré les faits dans nos articles sur l'Ecole de médecine de Clermont; nous pouvons les assurer du contraire, nous ne nous sommes servis et nous ne nous servirons que de documents incontestables. Aujourd'hui nous voulons signaler la singulière permutation du professeur de physiologie, M. GAGNON, MÉDECIN de l'hôpital, à la chaire de *pathologie externe*. Il est déjà extraordinaire que l'on aille choisir un physiologiste pour occuper une chaire de chirurgie, mais le fait paraît encore plus surprenant quand on sait que M. Gagnon est âgé de 58 ans et qu'il n'a jamais eu de service de chirurgie. Une pareille nomination

est-elle faite pour donner satisfaction aux besoins de l'enseignement? Est-on si dépourvu de jeunes chirurgiens capables au point de donner une chaire de chirurgie à un médecin, nous ne le croyons pas. P. BRICON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. BROWN-SÉQUARD étudie les *divers effets de l'irritation de la paroi antérieure du cou.* Une incision, même légère, de la peau du cou, surtout au voisinage du larynx, peut suffire pour faire disparaître la sensibilité dans les deux tiers antérieurs de la région cervicale; l'analgésie peut même s'étendre beaucoup plus loin. Il n'est donc pas besoin d'un courage exceptionnel pour se couper la gorge. La peau de la région cervicale antérieure ne peut être coupée sans qu'il y ait au moins une diminution de la sensibilité aux causes de douleur dans toute la moitié antérieure du cou; le plus souvent l'analgésie n'est complète que dans la portion qui recouvre le larynx et la trachée. Le maximum de puissance, pour provoquer par inhibition une anesthésie générale, existe là où se ramifient les filets des nerfs laryngés supérieurs. Si les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie sans douleur, ce n'est pas, comme ils le croient, parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie dans la plupart des cas : c'est surtout parce que le début même de l'incision de la peau produit par inhibition la diminution ou la perte de la sensibilité. Les médecins légistes trouvent quelquefois des pendus morts malgré une pendaison insuffisante pour empêcher le passage de l'air. C'est que le larynx et la trachée sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Les effets de cette irritation sont analogues à ceux de la piqûre du bulbe; dans les deux cas, en effet, il y a perte de connaissance, diminution et perte des mouvements circulatoires et respiratoires, arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

M. D'ARSONVAL indique les *mécanismes physiologiques de la mort par l'électricité.* L'électricité entraîne la mort de deux façons : 1° par action directe (effets disruptifs de la décharge agissant mécaniquement pour altérer les tissus); 2° par action réflexe ou indirecte (en agissant sur les centres nerveux dont l'irritation amène l'infinie variété d'effets décrits par M. Brown-Séquard sous les noms d'inhibition et de dynamogénie). Dans le premier cas, la mort est fatale; dans le second, l'individu peut être ramené à la vie par la respiration artificielle. La décharge statique n'est fatalement mortelle qu'en frappant directement le bulbe avec des décharges bien localisées. Avec une pile de 420 volts on n'amène la mort que par des interruptions fréquentes et prolongées : la mort est due surtout à l'état tétanique provoqué par le courant. La machine Gramme n'est dangereuse que par son extra-courant de rupture. La durée de la décharge intervient pour la plus grande part dans l'intensité du danger. La conclusion pratique de ces recherches, c'est qu'il faut, dans une usine électrique, pouvoir faire immédiatement la respiration artificielle sur tout individu foudroyé.

A propos de cette communication, M. BROWN-SÉQUARD fait remarquer que le meilleur procédé, pour ramener la respiration arrêtée par inhibition, consiste dans l'application d'un courant faradique aux côtés du larynx, sur la peau humide ou superficiellement dénudée : on irrite ainsi légèrement les nerfs vagues.

M. E. HACHE fait connaître les résultats de ses recherches sur la *structure de la choroïde.* Dans la *lamina fusca*, on voit des surfaces endothéliales alterner et se continuer avec des surfaces connectives à cellules pigmentées pour constituer des espaces mixtes. C'est là un argument sérieux en faveur de l'analogie des espaces conjonctifs et des cavités lymphatiques.

M. CH. ROUGET étudie *les dernières manifestations de la vie des muscles.* Au début de la rigidité, chez les mammifères, et pendant la rigidité, chez les grenouilles et les lézards, on trouve des fibres encore vivantes et contractiles. Les fibres mortes ont complètement perdu toute trace d'élasticité, alors que les fibres vivantes reviennent rapidement et énergiquement sur elles-mêmes, après avoir été distendues. Les éléments des muscles perdent, au même moment, leur élasticité propre et leur contractilité, deux modalités de leur propriété essentielle et caractéristique. M. Rouget indique un procédé de technique microscopique qui démontre la persistance de la vie chez les fibres élémentaires.

MM. DOMINGOS FREIRE, PAUL GIBIER et REBOURGEON communiquent les résultats obtenus par leur procédé *d'inoculation préventive du virus atténué de la fièvre jaune, à Rio-de-Janeiro.* Les vaccinations ont porté sur 6.524 individus; elles ont été faites gratuitement. La mortalité a été de 1 pour 1.000 chez les vaccinés et de 1 pour 100 chez les non vaccinés.

MM. MAIRET et COMBEMALE ont étudié *l'action thérapeutique du méthylal.* Cet agent est sans effet hypnotique dans la folie alcoolique et dans le début des folies simples avec agitation nocturne : il réussit, au contraire, dans la période d'état de ces folies simples, dans les insomnies liées à la démence simple, à la démence par athéromasie et à la démence paralytique. Les doses nécessaires pour amener le sommeil sont de 5 à 8 grammes.

M. J. CHATIN décrit *l'appareil excréteur des organes génitaux de la Bilharzie.*

M. J. KUNSTLER fait connaître la *structure réticulée des protozoaires.*

M. TONY-GARCIN indique un *procédé pour rechercher dans les vins la présence des sucres de canne, des glucoses et des dextrines frauduleusement ajoutés* PAUL LOYE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. FOLET (de Lille) lit un mémoire sur *l'encéphalocèle traumatique* et insiste sur ce fait que la hernie du cerveau n'est pas toujours constituée par de la substance cérébrale. Récemment, M. Folet eut l'occasion de pratiquer l'ablation d'une tumeur pulsatile, dite encéphalocèle; et l'examen histologique permit de constater qu'il n'y avait là que du tissu embryonnaire, sillonné de larges vaisseaux à parois minces, une sorte de sarcome bénin, très vasculaire.

Suite de la discussion sur l'Inspectorat des Eaux minérales. — M. VIDAL donne lecture de la première conclusion de la Commission qui est ainsi conçue : « L'Inspectorat est maintenu dans ses dispositions fondamentales. »

M. HARDY trouve que les conclusions sont trop nombreuses et qu'il y aurait lieu d'en réunir quelques-unes et de les ramener à une seule.

M. BROUARDEL propose à l'Académie de prendre en considération le projet suivant : 1° Le ministre du commerce et de l'industrie désigne dans chaque station un ou plusieurs médecins chargés d'assurer le service des indigents, ayant de plus mission de signaler tout ce qui peut intéresser le bon fonctionnement du service et la prospérité de la station. Cette désignation est faite sur présentation du Comité consultatif d'hygiène de France; 2° quand une station compte plus de cinq médecins, ceux-ci, réunis sous la présidence du préfet, désignent celui ou ceux d'entre eux qui sont chargés des fonctions désignées dans le précédent article. Dans le cas où les médecins ne pourraient tomber d'accord sur le choix de leurs délégués et dans celui où ceux-ci ne rempliraient pas leurs devoirs, le ministre, sur l'avis du comité consultatif, désignerait un ou plusieurs médecins pour le remplacer. 3° Une Commission formée dans le sein du Conseil d'hygiène du département et composée d'un ingénieur des mines, d'un chimiste, d'un ar-

chitecte, d'un médecin ne pouvant pas exercer dans la station, serait chargée, chacun en ce qui le concerne, de l'inspection des stations d'eaux minérales. Chaque année, un rapport comprenant tous les documents et réclamations adressés par le ou les médecins de la station délégués, ainsi que les rapports de l'ingénieur, du médecin du Conseil d'hygiène, du chimiste et de l'architecte, serait transmis au Conseil d'hygiène. Ces rapports avec le procès-verbal de la séance dans laquelle ils auraient été discutés, seraient transmis à l'Académie de médecine et au Comité consultatif d'hygiène; 4° le Comité consultatif d'hygiène, institué près du ministre du commerce, provoquerait, sur tous les besoins signalés directement ou connus par les rapports, l'envoi de délégués spéciaux, ingénieur des mines, médecin, chimiste ou architecte, pour faire fonction d'inspecteur.

M. Vidal demande que l'Inspectorat local soit soutenu par l'autorité centrale et surveillé soit par les délégués du Comité consultatif d'hygiène, soit par les inspecteurs régionaux.

M. Hérard pense que si les nominations d'Inspecteur sont faites par le ministre sur une liste de présentation dressée par l'Académie, tout ira beaucoup mieux.

M. Hardy estime qu'il y a lieu de se prononcer avant tout sur le maintien de l'Inspectorat.

Cette proposition, appuyée par M. Larrey, est adoptée. Après quelques observations présentées par plusieurs membres de l'Académie, les diverses propositions de la Commission sont légèrement modifiées et successivement adoptées. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 3 décembre. — Présidence de M. Cornil.

3. Sarcome angiolithique des méninges; par M. Journiac.

Le 17 *octobre* 1885. Madame B..., âgée de 59 ans, entre à l'asile de Vaucluse munie des certificats suivants :

14 *novembre*. Affaiblissement intellectuel. Dépression mélancolique. Hallucinations de la vue. Idées très confuses. Incapacité de se diriger. — P. Garnier.

14 *novembre*. Atteinte d'affaiblissement des facultés mentales avec sensiblerie. Incapacité de pourvoir à ses besoins. — Magnan.

Cette malade n'ayant jamais présenté de phénomène saillant, son observation n'a pas été prise régulièrement. Les notes médicales de M. le Dr Bigot, chef du service, diront très bien son histoire :

22 *novembre* 1885. Madame B..., est bien portante, sauf ses idées un peu mélancoliques.

31 *mars* 1886. Caractère difficile, se plaint de tout, écrit des lettres désagréables à son mari, gâte dans son lit et prétend ne pas gâter. On lui donne un vase, elle prétend n'en pas avoir. D'ailleurs santé assez bonne.

6 *avril* 1886. Est toujours dans le même état de démence, de plaintes imaginaires, d'égoïsme morbide, etc... Etat physique assez bon, bien qu'elle gâte; elle se fâche et s'emporte quand on le lui dit.

7 *mai* 1886. Même état mental et physique que ci-devant. Elle gâte tout en disant le contraire. Quant au moral, elle a des réparties qui étonnent d'elle qui ne comprend pas sa situation. Le souvenir de son mari l'intéresse vivement.

14 *octobre* 1886. Affaiblissement intellectuel. Elle est tranquille, mais incapable de se diriger et de subvenir à ses besoins. Etat physique satisfaisant. Peu de temps après, son affaiblissement général augmentant, elle garde le lit et s'éteint sans avoir jamais eu aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. Elle meurt le 25 novembre 1886.

Autopsie. — *Le* 27 *novembre*. Congestion des deux bases pulmonaires, adhérences anciennes du poumon droit. Cœur petit, légère surcharge graisseuse, rien aux valvules ni à l'aorte. Estomac dilaté, rien à la muqueuse. Le foie ne présente rien de remarquable. Pulpe splénique très diffluente. Les reins sont normaux, les capsules non adhérentes, petit kyste à la surface du rein gauche.

Cavité crânienne. — A l'ouverture du crâne rien d'anormal du côté des os, la dure-mère est adhérente au cerveau au niveau d'une tumeur du lobe frontal droit. Au premier aspect cette tumeur semble faire corps avec le cerveau, c'est en étudiant ses rapports qu'elle se détache du cerveau et que l'on s'aperçoit qu'elle appartient à la face interne de la dure-mère. Cette tumeur, régulièrement sphérique, de 6 centimètres de diamètre environ, est totalement englobée dans une loge qu'elle s'est creusée dans le lobe frontal droit. Elle a respecté en dedans la première frontale et une partie de la deuxième frontale qu'elle a aplatie, en arrière elle repousse, mais respecte la frontale ascendante, en bas elle refoule tout le reste du lobe frontal et aplatit même la pointe du lobe sphénoïdal. Cette tumeur, adhérente à la dure-mère, est entourée d'une coque fibreuse très vasculaire, sa texture est ferme à la périphérie et s'amollit au centre.

Examen histologique. — La périphérie est presque exclusivement fibreuse avec quelques amas cellulaires. Ces amas deviennent plus conséquents à mesure qu'on s'avance vers le centre de la tumeur; le centre est exclusivement cellulaire et ressemble à un sarcome fasciculé. De plus, on y rencontre beaucoup de vaisseaux dont les lumières sont bouchées par des concrétions calcaires; autour de ces amas les faisceaux cellulaires viennent tourbillonner et se serrer de telle façon que l'on croit absolument avoir affaire à des globes épidermiques. C'est en somme un sarcome angiolithique ou psammôme de Virchow tel qu'on les observe dans cette région.

4. M. Boiffin présente à titre de curiosité pathologique un *lipome du grand épiploon* trouvé à l'ouverture d'une femme morte d'hémorrhagie cérébrale dans le service de M. Lancereaux. Du volume d'une rate, cette tumeur siège dans le feuillet postérieur du grand épiploon, en avant du colon transverse.

5. M. Boiffin fait ensuite une importante communication sur quelques points de l'anatomie fine du foie qu'il a cherché à élucider au moyen d'injections et de corrosions.

Les faits principaux qui résultent de ses recherches sont les suivants : 1° Dans la dissection des espaces portes, les *canaux biliaires* sont difficiles à mettre en évidence parce qu'ils ne sont pas, comme les vaisseaux, compris dans la lumière de la gaîne que fournit la capsule de Glisson, mais dans un dédoublement de cette gaîne. Les branches qui partent des canaux biliaires sont disposées de chaque côté en série régulière, et comprises également dans l'épaisseur de la gaîne.

MM. Cornil et Chauffard font remarquer que ces méthodes anciennes sont artificielles et que, pour résoudre des questions de ce genre, les coupes histologiques sont plus instructives.

M. Boiffin a étudié 2° les *rapports des veines portes accessoires avec la veine porte*; les premières s'ouvrent par des branches assez grosses dans les plus fines ramifications de la veine porte, vers ses extrémités. Ces branches accessoires ne sont pas accompagnées de canaux biliaires; 3° Chez les oiseaux il existe une *anastomose constante entre les canaux biliaires de deux lobes*; chez l'homme il n'y a pas d'anastomose même dans l'intérieur du tissu hépatique; 4° La *Baudroie* possède une vésicule hépatique très éloignée du foie et de plus les canaux hépatique, cystique et cholédoque offrent des dilatations ampulliformes.

6. Epithélioma hémorrhagique du rein; par M. V. Cornil.

M. Cornil présente l'analyse histologique approfondie de cette curieuse tumeur enlevée sur le vivant par M. le Dr Péan. Quoique la pièce fût fragmentée, on pouvait y reconnaître une partie normale et une portion kystique remplie de sang. La paroi du kyste principal comprenait une zone de tissu de nouvelle formation entourée par la capsule du rein au-dessous de laquelle on retrouvait des éléments rénaux atrophiés, glomérules, etc.

Dans le tissu néoplasique on trouve avec un faible grossissement des points hémorrhagiques, et au-dessous, des

tractus fibreux calcifiés. Faisant saillie dans le kyste, se voient des végétations grisâtres, demi-transparentes, contenant de petites cavités ovoïdes tapissées d'une seule couche de cellules épithéliales claires, dont le noyau est plus ou moins près de leur base d'implantation. La lumière de ces cavités est vide; leur paroi renferme des capillaires provenant de vaisseaux dont la direction générale est longitudinale. On croirait en un mot avoir sous les yeux des tubes urinifères à cellules claires, sans granulations ni bâtonnets.

En certains points, des cavités un peu plus grandes sont pleines de globules rouges et l'aspect rappelle celui de l'hémorrhagie intratubulaire. — Quelquefois les cellules de revêtement sont remplies de graisse et ressemblent à un chapelet de cellules adipeuses; ailleurs, elles contiennent des cristaux d'acides gras. Le tissu intermédiaire contient parfois aussi de la graisse ou une incrustation calcaire.

A la périphérie de la pièce on retrouve le tissu rénal, mais sclérosé; beaucoup de glomérules sont fibreux. Les vaisseaux sont dilatés.

C'est là une de ces tumeurs, étudiées sous le nom d'adénomes par Sabourin, qui, quoique leur structure en fasse des tumeurs bénignes, sont pourtant dangereuses et se conduisent cliniquement comme des cancers. Pourtant elles restent généralement limitées dans la capsule du rein et subissent la transformation calcaire.

M. Thierry est nommé *membre correspondant.*

MM. Brun et Laurand demandent à échanger leur titre de membre adjoint contre celui de *membre correspondant.*

M. Tuffier, membre adjoint, se porte candidat au titre de *membre titulaire.*

Séance du 10 *décembre* 1886. — Présidence de M. Cornil.

7. Fracture ancienne de l'humérus gauche au 1/4 inférieur. — Pseudénarthrose. — Union par pseudamphiarthrose de deux pièces osseuses entrant dans la constitution de la nouvelle cavité articulaire ; par A. Festal, aide d'anatomie de la Faculté.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique ayant été recueillie dans un pavillon de l'Ecole pratique, il m'est impossible de fournir aucun renseignement sur les antécédents du sujet qui en était porteur. Son bulletin de décès nous apprend seulement qu'il était maçon, âgé de 66 ans, et, d'autre part, je tiens du médecin de la prison de St-Denis, où il est mort, qu'il n'avait pas été classé dans les ateliers, sans doute (?) pour cause d'infirmité. C'est tout. Bien qu'ainsi réduite, faute de renseignements suffisants, à l'état de simple document anatomo-pathologique, cette pièce m'a paru intéressante à montrer et à décrire.

C'est une véritable pseudénarthrose de l'humérus gauche, siégeant à l'union du 1/4 inférieur avec les 3/4 supérieurs de cet os. La *cavité de réception* est supportée par le fragment inférieur. Une lame osseuse à peu près verticale, épaisse de 0,01 cent., haute de 0,02, la limite en avant; la face postérieure, articulaire, en a été légèrement excavée par les frottements de la tête. Elle se continue en bas avec la face supérieure d'un plateau osseux, sorte d'apophyse coronoïde fixée à angle droit sur le fragment inférieur. Ce plateau, formé presque exclusivement de tissu compacte, mesure aussi 0,01 cent. d'épaisseur environ et 0,03 cent. d'étendue antéro-postérieure ; il est à peu près horizontal, sauf que sa face supérieure, articulaire, a été usée et excavée par les frottements, de façon à présenter une courbure de grand rayon à concavité antéro-supérieure. La base d'implantation en est élargie; à son niveau, il existe une couche de tissu compacte, épaisse et comme éburnée. J'insiste sur ce détail qui trouvera son importance lorsque je décrirai le mécanisme de production probable de cette pseudarthrose. Le bord libre de cette lame horizontale se relie en arrière, par de courts trousseaux fibreux, à un fragment osseux indépendant. Celui-ci, irrégulièrement quadrilatère, mesure 2 cent. de hauteur sur 4 cent. dans le sens transversal: il figure comme un os sésamoïde dont la face postérieure, convexe, est recouverte par les fibres du triceps, et la face antérieure, concave, prolonge en haut et en arrière la courbe amorcée sur le plateau coronoïdien, de façon à compléter la cavité articulaire. Cet os flottant est aussi formé en majeure partie de tissu compacte. Voici donc un cotyle fait de trois pièces : la première (verticale) est soudée à la deuxième (horizontale), tandis que celle-ci s'unit à la troisième par pseudamphiarthrose. Ces deux fausses articulations communiquent largement, et une injection de suif, poussée dans la grande, s'est insinuée dans l'amphiarthrose rudimentaire, où elle a dessiné, sur la pièce vue par l'extérieur, toute une série de petits culs-de-sac arrondis.

La grande cavité est assez régulièrement sphérique dans son ensemble et mesure 0,045 d'avant en arrière, aussi bien que transversalement.

La *tête* est représentée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur, renflée en massue, usée et polie par le frottement. Son volume n'est pas en rapport avec les dimensions de la cavité, trop grande pour la loger ; il y a cependant adaptation réciproque de ces deux parties jouant l'une sur l'autre. La surface articulaire de la tête répond en avant à la lame verticale décrite, et descend perpendiculairement comme elle; bientôt elle forme un angle mousse, au delà duquel elle fuit en haut et en arrière suivant une courbe concentrique à celle de la partie postérieure de la cavité. Une rigole profonde circonscrit cette tête et figure un col ; immédiatement au-dessus existe un rebord osseux saillant, circulaire, hérissé d'aspérités irrégulières sur lesquelles s'insérera la capsule. Ces détails ont été mis en évidence par une coupe verticale antéro-postérieure, divisant la pièce en deux parties latérales, et ouvrant largement l'articulation. Tête et cavité sont tapissées d'une pellicule fibreuse, mince et résistante, tomenteuse, hérissée sur sa face libre d'une multitude de fines villosités. Par sa face profonde, elle adhère à l'os dont on la sépare difficilement. A cause de la longue macération qu'a subie la pièce, il est impossible de savoir si cette membrane contient oui ou non des éléments synoviaux. En arrière et en dehors, la cavité est tapissée par des éléments musculaires nettement reconnaissables, restes d'une portion du triceps surprise entre les fragments lors de la fracture. L'interposition de cette couche musculaire n'a vraisemblablement pas été étrangère au défaut de consolidation osseuse.

La *capsule* s'insère, en haut, sur le pourtour de la tête, aux aspérités qui siègent au-dessus du col ; en bas, elle se fixe où elle peut: au sommet de la lame osseuse antérieure et sur ses bords, ainsi que sur tout le bord supérieur de l'os sésamoïde. La résistance est variable suivant les points : en avant et en haut, elle mesure plus d'un centimètre d'épaisseur et offre l'aspect d'une haie fibreuse formée de deux plans superposés de gros et solides faisceaux nattés. Plus courtes, mais non moins résistantes, sont les travées qui se portent obliquement en bas et en arrière vers le bord supérieur du sésamoïde. En dedans, au contraire, la capsule est plus mince, mais elle est renforcée par de véritables ligaments périphériques, dont l'un, interne, parallèle à l'axe du bras, mesure 6 cent. de longueur, et est formé principalement par la cloison intermusculaire hypertrophiée; l'autre, antérieur, oblique en bas et en dehors, est fibro-musculaire, et semble dû à une dégénérescence fibreuse partielle du muscle brachial antérieur. Des saillies osseuses aiguës, anciennes esquilles soudées, leur constituent de véritables tubercules d'insertion.

Dans la cavité, on voit un ligament intra-articulaire fasciculé ; il est formé de lames fibreuses, nacrées, très résistantes, à surface lisse et luisante par endroits, villeuses en d'autres points. Des faisceaux secondaires, analogues aux faisceaux musculaires de 3e ordre du cœur, s'y détachent en bas-reliefs. Entre elles, des anfractuosités donnant accès dans des diverticules articulaires. Ces lames se fixent, d'une part, sur la tête, au niveau de l'angle mousse qui se trouve à la rencontre de sa partie antérieure verticale, avec sa

partie postérieure oblique en haut, d'autre part, sur le bord du plateau coronoïdien, tout près de sa jonction avec le sésamoïde.

Une de ces lamelles est isolée du groupe principal auquel elle ne tient plus que par un long et mince pédicule sur le point de se rompre. C'est un véritable corps étranger fibreux en voie de formation. Le triceps et le brachial antérieur encapuchonnaient l'articulation et n'avaient subi de dégénérescence fibreuse que dans leurs couches profondes en rapport avec la capsule. Les muscles superficiels sont normaux de volume et d'aspect. Vaisseaux et nerfs ont aussi leurs dimensions normales et sont exempts de compression. Le membre a une circonférence à peine inférieure à celle du côté opposé ; les articulations de l'épaule et du coude sont saines et ont conservé toute leur mobilité. Une coupe longitudinale des deux humérus montre, par comparaison, que le gauche, un peu atrophié, a un canal médullaire plus large et un étui compacte plus mince que le droit.

Flexion en avant et en arrière, abduction et adduction, rotation et circumduction, tels sont les mouvements dont

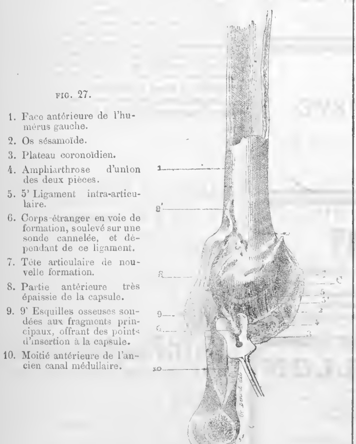


FIG. 27.

1. Face antérieure de l'humérus gauche.
2. Os sésamoïde.
3. Plateau coronoïdien.
4. Amphiarthrose d'union des deux pièces.
5. 5' Ligament intra-articulaire.
6. Corps-étranger en voie de formation, soulevé sur une sonde cannelée, et dépendant de ce ligament.
7. Tête articulaire de nouvelle formation.
8. Partie antérieure très épaissie de la capsule.
9. 9' Esquilles osseuses soudées aux fragments principaux, offrant des points d'insertion à la capsule.
10. Moitié antérieure de l'ancien canal médullaire.

jouit cette pseudarthrose. La flexion en arrière est surtout marquée. La tension alternative des différentes parties de la capsule et des ligaments extra ou intra-articulaires modère d'ailleurs l'amplitude de ces mouvements, en sorte que le membre n'est pas transformé en fléau. Quant à l'écartement des surfaces articulaires, il peut atteindre 2 cent. ; passé cette limite, les liens fibreux de la jointure se tendent, résistent très énergiquement, et empêchent la tête d'abandonner sa cavité. Il me semble que le mécanisme suivant doit avoir présidé à la formation de cette pseudarthrose : l'humérus a été fracturé comminutivement ; le trait principal étant oblique en haut en avant et en dehors, le fragment supérieur s'est porté en bas et en arrière, pénétrant dans le canal médullaire et faisant éclater le fragment inférieur ; la portion postérieure du cylindre compacte, fortement refoulée dans ce sens, s'est détachée d'abord, plus tard elle s'est resoudée en partie au fragment inférieur, constituant ainsi le plateau coronoïdien ; sa base d'implantation présente à la coupe un contre-fort d'os éburné, indice de cette soudure. Ce que j'ai désigné sous le nom de sésamoïde est aussi une portion du 1/2 cylindre postérieur ; par sa situation, il devait supporter toute la poussée du fragment supérieur, d'où une mobilité continuelle ayant mis obstacle au développement d'un cal osseux à son niveau. Moins violentée au moment de l'accident, la 1/2 circonférence antérieure du cylindre n'a pas été détachée du fragment inférieur qu'elle prolonge en haut.

Par le jeu ultérieur de la nouvelle jointure, les surfaces se sont usées réciproquement et adaptées l'une à l'autre. En bas, la pression étant plus forte et l'irritation plus vive, les phénomènes ostéogéniques ont duré plus longtemps et ont abouti à l'éburnation presque complète du fond de la cavité. Sur la lame verticale, au contraire, et pour des raisons inverses, il ne s'est formé qu'une mince cloison de tissu compacte, séparant la tête des vestiges de l'ancien canal médullaire. Les recherches que j'ai faites au musée Dupuytren (1), dans les bulletins de la Société anatomique et dans le traité de Bérenger-Féraud, ne m'ont pas fait découvrir un cas aussi complet que celui que je présente. Kuhnoltz (2) signale, il est vrai, une variété de diarthrose accidentelle, dans laquelle la cavité est complétée par des pièces osseuses mobiles développées dans les ligaments, mais je n'en ai pas trouvé d'exemple décrit. Quant à en



FIG. 28.

Elle représente la 1/2 valve externe de la pièce divisée par un trait de scie vertical et antéro-postérieur.

En A, une couche musculaire tapissait la cavité.

En B, est soulevée, par une érigne, la pellicule fibreuse de revêtement.

faire un sous-ordre, c'est pousser, à mon avis, un peu loin la manie des classifications. La même remarque peut être faite au sujet de la classe des pseudarthroses, dites « *ostéophytiques* », par Bérenger-Féraud (3).

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 *mars* 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Grellety lit une note de M. Besnier sur les *injections sous-cutanées de sels mercuriels*. (*Voy. Prog. Médic.* n° 14, p. 276.)

M. Bardet a constaté la formation d'abcès assez graves à la suite des injections d'oxyde jaune de mercure en suspension dans la vaseline liquide.

M. Adrian lit une note sur l'*usage médical des huiles lourdes* et particulièrement de la vaseline liquide.

M. Dally remet une brochure de M. Viot, professeur à l'École dentaire, sur un procédé d'anesthésie locale à l'aide des injections de cocaïne et d'acide phénique. M. Dally a éprouvé quelques vertiges et de légères lipothymies à la suite de ces injections.

(1) Le terme pseudarthrose n'existe pas dans le catalogue du Musée et j'ai dû, pour en trouver quelques exemples, explorer une à une toutes les pièces de la collection des fractures et des ankyloses. Il est bon d'être prévenu.

(2) Kuhnoltz. — *Journal complémentaire*, T. III, p. 296.

(3) Bérenger-Féraud. — *Traité des Pseudarthroses*, 1871, p. 32.


PASTILLES GÉRAUDEL
(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)
Agissant par Inhalation et par Absorption
Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.
Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.
Les Pastilles Géraudel ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons à la sève de pin dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.
Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de graudes difficultés pratiques et surtout qu elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au bnt désiré, c'est-à-dire l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.
PASTILLES GÉRAUDEL
MARQUE DÉPOSÉE
Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.
Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.
Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.
En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.
Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.
Les Pastilles Géraudel sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.
L'ÉTUI : 1f50 DANS TOUTES PHARMACIES
Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur
A. GÉRAUDEL
Pharmacien à Ste-Ménehould (Marne)
(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

M. Dujardin-Beaumetz dit que le procédé de M. Dally n'est pas nouveau et que, de plus, les effets toxiques de la cocaïne sont parfaitement connus. L'estomac ne doit pas absorber par jour plus de 0,50 cent. de ce médicament. Il est difficile du reste de fixer exactement la dose. La cocaïne est moins toxique lorsqu'on la met en contact avec la muqueuse vésicale qui, comme on le sait, absorbe peu, mais il faut encore savoir se prémunir contre les érosions qui peuvent exister à sa surface.

M. C. Paul dit qu'il est difficile de préciser la dose à laquelle la cocaïne doit être injectée en solution hypodermique. On ne devra pas faire usage de plus d'un centigramme à la fois : encore faut-il éviter avec le plus grand soin les syncopes chez les individus dont le système artériel est déjà altéré.

M. Bardet a été pris d'une syncope en s'injectant, dans un but expérimental, 2 centigrammes de cocaïne.

M. Dujardin-Beaumetz a injecté, une fois, 50 centigr. de cocaïne dans la vessie d'un jeune homme de 17 ans atteint d'incontinence d'urine. La vessie s'est laissée distendre et la miction s'est effectuée volontairement au réveil. C'est du reste l'unique fait de ce genre qu'il possède.

M. Gouguenheim insiste particulièrement sur les dangers de la cocaïne chez les jeunes enfants.

Le même auteur répondant à M. Dally dit qu'il n'a jamais observé d'accidents à la suite des badigeonnages de l'arrière-gorge faits avec cet agent médicamenteux.

M. Cadet de Gassicourt a employé les badigeonnages de l'arrière-gorge avec la cocaïne, contre la coqueluche. Il n'a pas observé d'accidents en faisant trois badigeonnages par jour.

M. Boymond communique un tableau des différents sels de quinine envisagés suivant leurs propriétés respectives.

M. C. Paul et plusieurs autres membres de la Société insistent sur la nécessité qu'il y a de prescrire le chlorhydrate au lieu du sulfate. Le chlorhydrate est beaucoup plus soluble et contient une plus grande proportion d'alcaloïde.

Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séance du 14 avril 1887. — Présidence de M. le Dr Gouguenheim.

Glottes supplémentaires. — M. Gouguenheim (de Paris), rapporte l'observation d'un malade atteint de dyspnée, de cornage et d'aphonie qui présentait à l'examen laryngoscopique une destruction de l'épiglotte et une infiltration des bandes ventriculaires qui cachaient les cordes vocales. A la suite d'un traitement ioduré et de quelques applications galvanocaustiques, les bourrelets représentant les bandes diminuèrent de volume et l'état général devint bon, la voix revint même, tout en conservant un timbre rauque. Le larynx présentait alors une destruction de l'épiglotte, un état mamelonné de la partie postérieure du larynx et une glotte supplémentaire formée par les bandes ventriculaires. Le malade pouvait monter une seule gamme. On voyait alors vibrer les bandes ventriculaires. L'auteur croit que ce ne sont pas celles-ci, mais bien les cordes vocales qui donnent le son, comme on peut s'en assurer par l'examen qui ne permet de voir toutefois que le quart antérieur des rubans vocaux. — A propos de cette observation, M. Gouguenheim fait remarquer que les auteurs qui ont cru à l'existence d'une suppléance de la glotte par les bandes ventriculaires n'ont pas tenu compte de la présence des cordes plus ou moins détruites, il est vrai ; mais celles-ci seulement peuvent produire le son ; les glottes supplémentaires ne servent qu'à le renforcer.

M Moure fait observer que tous les laryngologistes ont vu des cas de malades privés de leurs cordes vocales parler avec les bandes ventriculaires. Un patient auquel on a fait l'extirpation du larynx peut même émettre les sons avec une canule ordinaire.

M. Vacher pense que dans ce cas ce sont des sons flutés qui du reste se produisent sans l'intervention des cordes.

Otorrhée compliquée. — M. Delie a observé une jeune femme qui, ayant des écoulements intermittents depuis l'enfance, fut prise pendant qu'elle allaitait son enfant de symptômes faisant croire à une fièvre typhoïde avec vertiges, céphalalgie, fièvre intense et vomissements. L'examen de l'oreille fit reconnaître l'existence d'un polype à la paroi supérieure du conduit; son extraction avec l'anse fut suivie d'une injection qui ramena une lamelle osseuse ainsi que du pus concret. L'amélioration persista pendant quelques jours, mais un soir elle perdit subitement connaissance, la respiration et la circulation devinrent irrégulières et intermittentes. Cet état dura trois heures ; la malade accuse alors une douleur vive dans la région occipitale et se plaint de raideur musculaire de la nuque. Les pupilles sont inégales, la moitié droite de la face est paralysée. La malade meurt dans le coma avec des accidents typhoïdiques. Le Dr Delie croit qu'elle a succombé à une méningite purulente avec thrombose des tissus.

M. Gellé croit qu'il faut défendre l'allaitement à une femme qui a eu autrefois de l'oterrhée.

Chancre induré de la fosse nasale droite. — M. Moure a observé une ulcération de la cloison qui avait l'aspect d'une masse végétante. Le malade fut pris quelque temps après d'accidents secondaires syphilitiques du côté de la peau. Ce chancre a été probablement engendré par une ulcération faite avec l'ongle.

M. Poyet est étonné de voir des accidents papuleux survenir aussi rapidement et un chancre affecter la forme d'une tumeur.

M. Moure fait remarquer que c'est environ deux mois après le début de l'accident primitif que sont survenues les papules.

M. Gouguenheim croit que si on avait constaté l'induration de l'ulcération on aurait pu certifier que cette plaie était un chancre ; l'induration est toujours la règle dans ces cas.

M. Moure répond que ce chancre étant situé profondément sur la cloison, il était difficile de sentir l'induration.

M. Baratoux fait remarquer qu'on ne peut pas accepter l'opinion de M. Gouguenheim, attendu qu'il existe des chancres mixtes produisant la syphilis.

Classification des muscles du larynx. — M. Moure divise les muscles du larynx en extrinsèques et en intrinsèques et ceux-ci en phonétiques produisant la systole, l'asystolie et la diastole, c'est-à-dire la fermeture de l'orifice glottique, la tension des parties vibrantes et l'ouverture de la glotte.

Tumeur du thyroïde. — M. Aigre (de Boulogne-sur-Mer) rapporte une observation de cancer du lobe gauche du corps thyroïde qui détruisit un des nerfs récurrents après avoir produit une déviation marquée du larynx. Le malade ne présenta de la rauoité de la voix que quatre jours avant sa mort. L'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

Séance du 15 avril 1887.

Rhinite atrophique. — M. Noquet lit un travail basé sur 13 observations qui lui permettent de conclure que la muqueuse nasale dégénérée et atrophiée peut se reformer par suite du traitement.

M. Moure croit que la rhinite atrophique est précédée par une phase hypertrophique et que cette affection peut guérir.

M. Chatelier n'admet pas l'hypertrophie comme première phase de l'ozène; il ne croit pas que l'os puise s'atrophier.

M. Baratoux pense que, outre les formes ulcéreuses dont il n'est pas question ici, l'ozène peut être dû soit à un développement incomplet ou à la non existence d'un cornet, soit aussi à l'atrophie de la muqueuse nasale. Au reste Haberman a publié récemment un travail histologique sur ce sujet où il a montré que les glandes commençaient par s'atrophier. M. Baratoux croit aussi à la guérison de cette dernière forme d'ozène.

M. Miot a vu un enfant de 5 mois qui avait un rudiment de cornet, il pense que plus tard il aura de l'ozène (1).

Rougeole. Abcès mastoïdien. — M. Baratoux communique un cas d'otite moyenne développée dans le cours de la convalescence d'une rougeole, qui en l'espace de quelques jours détermina un abcès mastoïdien avec perforation de l'os. A la suite de l'ouverture cutanée de l'abcès, la guérison se fit en 8 jours, et le tympan perforé à sa partie antéro-supérieure se cicatrisa.

(1) Dans le dernier numéro, lire Miot au lieu de Nuit, Garel au lieu de Fazel.

Des pressions exercées sur le tympan au point de vue du diagnostic. — Du travail de M. MIOT il faut tirer les conclusions suivantes : les pressions faibles exercées sur le tympan de personnes douées d'ouïe normale produisent une action légère sur l'articulation stapédo-vestibulaire. Les pressions moyennes et fortes causent seules les symptômes subjectifs de compression de liquide labyrinthique. Les phénomènes suivant la sensibilité du sujet se manifestent après des pressions variables. Leur application au diagnostic de certaines modifications pathologiques est certaine. Leur emploi, à des intervalles convenables, peut améliorer, au moins d'une façon temporaire, ces modifications qui abandonnées à elles-mêmes n'auraient pas cessé de s'aggraver.

Kystes du larynx. — M GAREL présente une série de seize observations de kystes du larynx. Dans sa statistique personnelle les kystes du larynx s'élèvent à 25 0/0, fait rare quand on le compare aux statistiques publiées antérieurement. Dans quatre observations il a pu examiner soit le contenu, soit l'enveloppe du kyste.

De la vue rhinoscopique antérieure.—M. CRESWELL BABER (de Brighton) présente une série de dessins montrant les différentes images que l'on obtient par l'examen rhinoscopique antérieur.

Lymphatiques du larynx. — M. POIRIER montre des préparations et des planches qui démontrent l'existence d'un ganglion jusqu'ici inconnu, situé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne. Ce ganglion reçoit les lymphatiques de la portion sous-glottique.

Vertige nasal. — M. le Dr JOAL lit un travail sur le vertige nasal qui appartient au groupe des vertiges réflexes et prend par conséquent place auprès des vertiges auriculaires, stomacaux. Les affections qui donnent lieu au vertige sont les fluxions nasales, les coryza aigus, le catarrhe chronique hypertrophique, les polypes muqueux et le catarrhe rétro-pharyngien. Le vertige est provoqué surtout par les affections nasales offrant peu de gravité.

M. FAUVEL montre un malade opéré par M. Péan qui lui a enlevé le larynx. Cette observation a été publiée dans la *Gazette médicale* du 17 avril sous le nom d'extirpation du larynx pour un carcinome pavimenteux dont l'examen histologique aurait été fait par M. Cornil. Mais M. Fauvel dit que cet examen n'a pas eu lieu, la pièce ayant été perdue. Ce malade porteur d'une canule peut se faire comprendre assez facilement (1).

M. MIOT présente un malade qui a été opéré avec succès pour un épithélioma de pavillon de l'oreille gauche. La tumeur avait été reconnue à l'examen histologique.

J. BARATOUX.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 3 mars 1887. — PRÉSIDENT : M. PETITHAN — SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. SCHIFFERS.

M. DEJACE donne lecture d'un travail sur un cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec déchirure intestinale, suivi de guérison. Présentation du malade.

La plaie intestinale avait neuf centimètres de long. Les bords en furent réunis par quinze points de suture faits avec de la soie cuite conservée dans une solution phéniquée à 5 0/0. Les selles qu'on avait empêchées au moyen d'opium, reparurent le cinquième jour. Guérison après 14 jours.

M. DEJACE présente à la Société un kyste ovarique qu'il a enlevé à une femme de 36 ans, multipare, quelques mois après le dernier accouchement. L'intérêt de cette observation est dans le rapide développement de cette tumeur ; huit mois avant l'apparition, il n'y avait aucun signe pouvant faire croire à l'existence du kyste et au moment de l'ovariotomie, il pesait deux kilogs et contenait treize litres de liquides. Une des poches du kyste contenait du pus, dont la présence n'a pu être expliquée.

M. FRAIPONT présente à la Société un sac herniaire inhabité ayant provoqué des douleurs irradiantes très fortes, analogues aux douleurs de l'étranglement herniaire.

Séance du 7 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. PETITHAN.

M. LENGER donne lecture d'une note sur un cas de fibromyôme de l'utérus chez une femme de 36 ans, multipare. Cette tumeur avait amené des hémorrhagies abondantes revenant très fréquemment et accompagnées de grandes douleurs ; de plus il y avait de nombreux troubles du côté des voies digestives et des voies urinaires. Le 13 juin 1886, M. Lenger pratiqua la castration bilatérale ; cette opération fut facile pour l'ovaire droit ; l'enlèvement de l'ovaire gauche fut plus pénible, parce qu'il était étendu à la surface de la tumeur, et avait la grandeur de la paume de la main. La cicatrisation était complète après trois semaines, et depuis, la malade est tout à fait rétablie. L'écoulement cataménial s'est reproduit six fois depuis l'opération, ce qu'on pourrait attribuer à la présence d'un reste de l'ovaire gauche.

M. LENGER présente à la Société une tumeur thyroïdienne énorme qu'il a enlevée à une femme de 40 ans. Cette tumeur a été enlevée par énucléation, d'après la méthode de Socin, de Bâle, en laissant une couche de tissu sur la trachée, ce qui empêche la nécrose des anneaux cartilagineux. Par ce procédé, l'hémorrhagie fut très minime Les suites de l'opération étaient satisfaisantes, quand la malade fut atteinte de pneumonie qui l'emporta cinq semaines après l'opération. A propos de cette thyroïdectomie, plusieurs membres font observer qu'à Liège, on n'a jamais observé la cachexia strumipriva chez les nombreux opérés de goître, et la statisque de nos chirurgiens est tout à fait favorable à cette opération.

M. FROIDBISE donne lecture d'un travail sur la conjonctivite blennorrhagique spontanée, sans contagion, se montrant dans le cours de l'uréthrite et disparaissant avec celle-ci ; cette conjonctivite est analogue à la conjonctivite rhumatismale. — *Le secrétaire-adjoint*, V. DEWEZ.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

La société française d'ophtalmologie se réunira à Paris, le 2 mai, à 9 heures du matin, au Palais des Sociétés savantes, 16, rue des Poitevins. La veille une réunion amicale aura lieu à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione, à 9 heures. Le Banquet de la Société aura lieu mardi soir. Les Orateurs sont priés de remettre sur le Bureau en prenant la parole, un résumé très-succinct de leur communication pour le compte rendu analytique des Séances. Les mémoires (*in-extenso*) devront être remis avant le 1er mai, terme de rigueur, au Secrétaire général de la Société.

Séance du 2 mai 1887, à 9 heures du matin. — Dr Javal : Sur l'Ophtalmométrie pratique. — Dr Bull (de New-York) : Optométrie rapide. — Dr de Tscherning : Contribution à l'Ophtalmométrie. — Dr G. Martin (de Bordeaux) : Existe-il une relation entre la direction du staphylome postérieur et celle de l'astigmatisme. — Dr Boucheron : Notation horaire de l'astigmatisme. — Pr Cuignet (de Lille) : Représentation graphique des images kératoscopiques. — Pr Zieminski (de Varsovie) : Détermination du degré de l'amétropie par la Rétinosciacopie. — Dr Coppez (de Bruxelles) : Un cas d'Ophtalmie diphtéritique chez un enfant de 17 jours. — Dr Boucheron : Cyclitis minima rhumatismale et goutteuse. — Dr Pechdo (de Villefranche) : Du larmoiement curable. — Dr Dehenne : Rapports existant entre les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels de l'œil. — Pr Dianoux (de Nantes) : Des formes anomales de la rétinite pigmentaire.

Séance du 3 mai. — Pr Poncet, Secretaire général : Rapport sur l'enquête de la Société relativement aux décollements de la rétine. — Dr Coppez (de Bruxelles) : Statistique des décollements rétiniens opérés : valeur des procédés. — Dr Galezowski : Du choix de la méthode opératoire de la cataracte et des moyens de guérir les complications. — Dr de Wecker : De l'arrachement de la capsule antérieure dans l'extraction de la cataracte. — Dr Vacher (d'Orléans) : Lavage de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte. — Dr Rohmer (de Nancy) : Maturation artificielle de la cataracte. — Dr Dor (de Lyon) : Cataracte naphtalinique. — Dr Suarez de Mendoza (d'Angers) : Succès immédiat et insuccès tardif dans l'opération de la cataracte. — Dr Thollais (de Nantes) : De certaines manifestations glaucomateuses. — Dr Vacher (d'Orleans) : De l'ophtalmotomie postérieure dans le glau-

(1) Nous regrettons ce facheux contre-temps, car nous avons vu le malade après l'extirpation du larynx et il existait au-dessus de la partie enlevée un rétrécissement qui nous fit penser à la syphilis, opinion que vient de nous confirmer aujourd'hui le Dr Coupart qui soumit jadis le malade à l'iodure de potassium et crut observer une amélioration tres nette de l'état local à la suite de ce traitement.

come. — Pr Motais (de Nantes) : Traitement du glaucome par la création d'une fistule conjonctivale. — Dr Suarez de Mendora (d'Angers) : Oulétomie et iridectomie secondaire dans la récidive du glaucome opéré.

Séance du 4 mai. — Dr Chibret (de Clermont-Ferrand) : Kératites à hypopion. — Dr Trousseau : De la kératite interstitielle (étiologie). — Dr Gillet de Grandmont : Kératite trabéculaire. — Dr Vacher (d'Orléans) : Tatouage multicolore de la cornée. — Dr Coppez (de Bruxelles) : Tumeur de l'orbite chez un enfant, ligature de la carotide primitive, ablation de l'œil et de la tumeur, guérison. — Dr Abadie : De l'importance des médications locales en thérapeutique oculaire. — Dr Darier : Recherches cliniques sur l'action des injections sous-cutanées de pilocarpine sur l'œil normal et pathologique. — Dr Grandclément (de Lyon) : Indications principales de l'ésérine. — Dr Vacher (d'Orléans) : Péritomie ignée. — Dr Debierre : Corps étrangers intra-oculaires. — Dr Redard : Sur quelques difformités et anomalies congénitales des paupières et du globe oculaire.

Séance du 5 mai. — Dr Galezowski : Etiologie et thérapeutique de la myopie. — Dr Motais (de Nantes) : Procédé opératoire dans la strabotomie. — Dr Javal : Sur le traitement du strabisme. — Dr Landolt : Vision binoculaire après l'opération du strabisme. — Dr Rohmer (de Nancy) : Observation de paralysie de la sixième paire avec mydriase du même côté. — Dr Armaignac (de Bordeaux) : Amaurose hystérique monoculaire ancienne chez une petite fille de 10 ans, guérison subite et spontanée. — Dr Pechdo (de Villefranche) : Enucléation d'un globe oculaire amenant la guérison de l'épilepsie. — Dr Dor (de Lyon) : Forme particulière d'aphasie de transmission pour la dénomination des couleurs. — Dr Grandclément (de Lyon) : Troubles visuels provoqués par une perturbation des fonctions digestives. — Dr Rolland (de Mont-de-Marsan) : Les troubles de la vision dans le diabète sucré sont-ils des phénomènes de consomption ?

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

XXII. Contribution à la Pathologie des scléroses postéro-latérales de la moelle épinière ; par R. Massalongo (*Medicina contemporanea*, octobre et novembre 1886).

XXIII. Rapports de la Poliomyélencéphalite avec la maladie de Basedow ; par E. Jendrassik (*Arch. f. Psych.* XVII).

XXIV. Ueber neuere elektrotherapeutische Arbeiten ; par P.-J. Mobius (*Schmidt's Iahrb.*, CCXIII, p. 73).

XXV. Sur la question de la nature de la paralysie saturnine ; par Osw. Vierordt (*Arch. f. Psychiatrie*, XVIII, 1).

XXVI. Affections spinales et Diabète ; par R. von Hœsslin (*Münchener med. Wochschft.*, 1886, n° 49).

XXVII. De l'augmentation des réflexes tendineux dans des cas d'affection des nerfs périphériques ; par Ad. Strümpell et P.-J. Mobius (*Münchener med. Wochschft*, 1886, n° 34.)

XXVIII. Paralysie transitoire du nerf radial dans le stade de début du tabes ; par Ad. Strümpell (*Berlin. klin. Wochschft*, 1886, n° 37).

XXIX. Remarques sur les relations entre la syphilis et le Tabes ou la Paralysie générale progressive ; par Ad. Strümpell (*Neurolog. Centralbl.*, 1886, n° 19).

XXII. Les quatre cas qui font l'objet de ce travail sont les premiers exemples qui aient été publiés en Italie de l'affection connue sous le nom de sclérose combinée des faisceaux postérieurs et latéraux. — Chacune de ces observations est rapportée avec tous les détails nécessaires pour justifier le diagnostic (pas d'autopsie, aucun des malades n'est encore mort). Après avoir fait une revue très complète des travaux publiés sur ce sujet dans différents pays, l'auteur étudie d'une façon méthodique, les symptômes qui distinguent cette affection et permettent de la reconnaître. Puis vient l'étude de l'étiologie, celle de la nature du processus morbide qui donne naissance à ces lésions médullaires multiples. A propos du diagnostic, R. Massalongo signale la possibilité de confondre cette scélerose combinée avec certaines manifestations hystériques, et rapportant une observation de ce genre, la désigne sous le nom de pseudo-sclérose combinée. Ce travail sera consulté avec fruit tant pour les faits inédits qu'il contient que pour la façon dont y est présenté l'état actuel de nos connaissances sur la question des scléroses combinées.

XXIII. Sous le nom de poliomyélencéphalite, l'auteur désigne l'inflammation de la substance grise de l'axe cérébro-spinal comprise entre la troisième et la douzième paire des nerfs crâniens.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, jusque-là en parfaite santé qui tout d'un coup fut pris de diplopie (œil gauche dévié en bas et en dehors); deux mois après, la mastication lui devint difficile, ainsi que la déglutition, la parole, l'acte de siffler. Après une certaine amélioration, l'œil droit se dévia à son tour, il survient de l'exophthalmie, du goître, du tremblement, de la tachycardie ; en outre, on constata aussi un affaiblissement des membres supérieurs. De l'examen et de la réunion de ces différents symptômes, l'auteur arrive à conclure que la maladie de Basedow est liée à une poliomyéleucéphalite ou tout au moins à une lésion des centres nerveux situés à ce niveau ; à l'appui de son opinion, il rappelle les faits assez nombreux où on a noté la coïncidence de la maladie de Basedow avec le diabète sucré ou le diabète insipide (il rapporte aussi une observation de diabète insipide lié à une affection bulbaire). De plus, E. Jendrassik fait observer que chez plusieurs malades, on a très nettement observé dans le cours de la maladie de Basedow des atrophies musculaires. Il lui semble donc évident qu'il s'agit dans cette affection d'une lésion de la substance grise siégeant à peu près au niveau du noyau de la septième paire, mais pouvant être indépendante des noyaux des nerfs crâniens.

XXIV. Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de signaler les Revues Critiques de P. J. Möbius dans les Schmidt's Jahrbüher. Celle-ci, consacrée aux travaux parus dans ces dernières années sur l'électrothérapie, est au moins aussi intéressante comme critique que comme revue. Dans son paragraphe VI, l'auteur, mettant en regard les progrès faits au point de vue de la technique avec les résultats obtenus en médecine, n'hésite pas à avouer « que nos connaissances, quant à la nature de l'action thérapeutique de l'électricité, sont aujourd'hui comme auparavant égales à zéro, et que les dogmes qui régissent cette branche de la thérapeutique, procèdent plus de l'imagination pure que de faits réellement démontrés ». L'influence de la suggestion psychique lui semble ici indéniable : « A moins d'admettre qu'une chance toute particulière amène les cas favorables à certains électrothérapeutes, dont la bonne foi n'est pas mise en doute, il est difficile de comprendre pourquoi maints auteurs (avec des méthodes différentes) sont riches en brillants succès, tandis que d'autres, dont le zèle n'est pas moindre sont loin d'obtenir d'aussi favorables résultats. Ici toutes les affections, même incurables sont guéries, là, parmi de nombreux insuccès, s'il survient une guérison, c'est généralement au moment où on l'attendait le moins». Vu le grand nombre des travaux cités dans cette Revue, l'auteur a dû les classer suivant certaines catégories. Le premier paragraphe est consacré aux *Manuels* et aux *Traités* d'électricité médicale, les suivants aux *appareils*, aux recherches de *physique* (études sur la résistance, etc...), à l'étude des *actions physiologiques*, à l'*électro-diagnostic*, celui-ci présente un certain developpement. Puis viennent les paragraphes contenant les méthodes d'*électrothérapie générale*, l'*électrothérapie dans les maladies nerveuses* ; enfin les applications de l'électricité à la *gynécologie* ne comptent pas moins de 26 indications bibliographiques différentes ; celles ayant trait aux maladies des *organes des sens* sont beaucoup moins nombreuses. Le dixième paragraphe est consacré à l'emploi de l'électricité dans diverses autres affections (respiratoires, gastro-intestinales, infectieuses, etc.).

XXV. Il s'agit d'un cas de paralysie saturnine d'environ onze mois de durée ; après une amélioration incomplète, la malade s'exposa de nouveau à l'influence du plomb et ne tarda pas à mourir après avortement au milieu de manifestations albuminuriques et urémiques. Il existait chez elle, outre la paralysie atrophique des extenseurs, une faiblesse des fléchisseurs de la main et des doigts, sans trouble de la sensibilité, avec des signes très peu marqués de réaction de dégénération. L'examen nécroscopique

montra une moelle normale, des racines antérieures normales, et, au contraire, une dégénération très marquée du nerf radial, moins intense pour le médian, douteuse pour le cubital. Osw. Vierordt insiste sur ce fait que la paralysie n'était pas absolument localisée aux extenseurs, mais occupait aussi les fléchisseurs, il croit, et nous sommes tout à fait de son avis que ce fait est loin d'être rare et s'il n'est pas plus souvent signalé, c'est par la raison qu'il est souvent assez difficile d'apprécier d'une façon exacte la force des antagonistes dans la paralysie saturnine. Un fait certain, c'est que bien que quelques auteurs (Monakow, Oppenheim) aient trouvé des altérations de la moelle dans des cas de paralysie saturnine, jamais ces altérations ne se sont présentées sous la forme limitée que l'on observe dans la paralysie infantile, on peut donc dire que pour la paralysie saturnine, il n'existe pas dans la moelle de lésion grossière en foyer. D'après Osw. Vierordt, le plomb exercerait d'une façon à peu près égale et simultanée son influence motrice sur tout le tractus moteur (cellules des cornes antérieures, nerfs moteurs périphériques, plaques terminales, fibrilles musculaires); à la suite de l'affaiblissement ainsi produit dans l'intensité de l'impulsion tropho-motrice et de l'augmentation de la résistance dans les nerfs atteints, résistance surtout marquée aux extrémités périphériques de ceux-ci, il se fait une dégénération dans les segments périphériques (nerfs, plaques terminales ou même muscles); la paralysie saturnine est donc une *myo-névrite*, c'est de plus une myo-névrite *élective*, sa localisation se fait probablement toujours dans les groupes musculaires qui sont soumis au plus grand travail, ainsi que l'a montré Möbius.

XXVI. L'auteur rassemble les faits publiés par différents auteurs, dans lesquels en même temps qu'une affection spinale, il existait du sucre dans les urines (cas de Weichselbaum, de Richardière, de Mlle Blanche Edwards, de Oppenheim, de Reumont, de Althaus, de Eulenburg). D'autre part, il rappelle qu'un certain nombre d'auteurs ont signalé la fréquence de la disparition du réflexe rotulien chez les diabétiques. (Mais ici nous devons relever une erreur très fréquente d'ailleurs, c'est celle qui consiste à attribuer à Althans l'honneur de cette découverte; la priorité de M. le professeur Bouchard à cet égard est tout à fait indiscutable ainsi que nous l'avons déjà établi dans un travail en collaboration avec G. Guinon). A ce propos, R. von Hoesslin développe l'opinion que les phénomènes pseudo-tabétiques du diabète sont suivant toute vraisemblance dûs à des névrites périphériques de nature diabétique.

XXVII. Les auteurs rappellent d'abord que chaque fois que l'arc réflexe est intéressé dans une de ses parties, on peut s'attendre à constater une diminution ou une disparition des réflexes rotuliens; et que jusqu'ici on pensait que c'était là une règle constante dans les cas de lésions des nerfs périphériques.

Il n'en serait pas toujours ainsi, MM. Strümpell et Möbius rapportent avec détails deux cas dans lesquels il existait des névrites périphériques et où cependant les réflexes tendineux étaient exagérés; cette exagération des réflexes diminua et disparut progressivement d'une façon parallèle à l'amendement des autres symptômes de l'affection. Strümpell avait eu aussi précédemment l'occasion d'observer une paralysie saturnine avec exagération des réflexes tendineux des bras. Les auteurs pensent que ce phénomène doit être attribué à l'augmentation de l'excitabilité dans la partie ascendante de l'arc réflexe, c'est-à-dire dans les nerfs sensitifs du muscle et de son voisinage; cette explication serait d'autant plus fondée que chez ces malades les manifestations d'ordre sensitif (douleurs, notamment à la pression) étaient tout à fait au premier plan.

XXVIII. Il s'agit d'un homme de 55 ans chez qui il était survenu d'une façon subite une paralysie de la main gauche pendant qu'il lisait son journal; tous les muscles de l'avant-bras innervés par le radial étaient paralysés. Pas de modifications dans les réactions électriques, pas de troubles de la sensibilité. D'après la position du malade il ne pouvait s'agir d'une paralysie par compression du nerf. On trouve des signes évidents de tabes (perte du réflexe pupillaire, légère diminution de la sensibilité aux pieds et aux jambes, signe de Romberg, perte des réflexes rotuliens, (parésie vésicale). Traitement électrique par Möbius, guérison complète de la paralysie en quatre semaines. Strümpell considère cet accident comme présentant bien tous les caractères d'une paralysie tabétique, il l'attribue non à une lésion spinale, mais plutôt à une lésion nerveuse périphérique.

XXIX. L'auteur est un partisan déclaré des idées de Fournier et de Erb sur l'importance pathogénique de la syphilis par rapport au tabes et à la paralysie générale ; dans 61 0/0 des cas de tabes qu'il a observés il a pu retrouver sûrement la syphilis. Dans 90 0/0 la syphilis était avérée ou seulement probable. C'est grâce à cette étiologie qu'il explique que le tabes soit très rare chez les femmes du monde, alors qu'il l'est moins chez les femmes du peuple.

D'ailleurs la lésion syphilitique qui cause le tabes ne présente aucune analogie avec les lésions spécifiques gommeuses qui se rencontrent dans d'autres organes ; il est vraisemblable, d'après Ad. Strümpell, qu'elle est due non à l'agent infectieux directement, mais aux substances chimiques dont celui-ci détermine la formation dans l'organisme. — L'auteur ne croit pas que tous les cas de tabes soient fatalement progressifs, il croit qu'il en est dans lesquels quelques phénomènes seulement se montrent, puis l'affection reste stationnaire (tabes bénins de Charcot. P. M.).

Quant à l'objection faite aux partisans des relations entre la syphilis et le tabes, que le traitement spécifique ne guérit pas le tabes, Ad. Strümpell pense qu'elle trouve sa réponse dans le fait qu'il s'agit là de lésions n'ayant pas le caractère anatomique des lésions spécifiques, et par cet autre fait que les dégénérations sont le plus souvent telles qu'on ne peut espérer une reproduction des fibres ; il lui semble d'ailleurs que ce traitement amène quelquefois un arrêt de l'affection ou même une amélioration réelle.

Les mêmes arguments peuvent être invoqués en faveur des relations entre la syphilis et la paralysie générale « ce tabes du cerveau » (Möbius); on sait d'ailleurs que les plus grandes analogies existent entre la paralysie générale et le tabes.

Faut-il aller jusqu'à dire que tous les cas de tabes sont syphilitiques ? Ad. Strümpell ne le croit pas, car il y en a dans lesquels la syphilis ne peut être retrouvée et n'est même pas vraisemblable. Pierre MARIE.

CORRESPONDANCE

Traitement de l'érysipèle par les lotions de sublimé et la liqueur de Van Swieten.

Nous avons reçu de notre honorable et distingué confrère, le Dr Vacher (d'Angoulême), la lettre suivante, qui mérite d'attirer l'attention de nos lecteurs.

Angoulême, 14 avril 1887.

Monsieur le rédacteur,

Dans le *Progrès médical* du 7 août 1886 (1), le Dr Skinner, après avoir rapporté deux cas de lymphangite traités par le sublimé, ajoute : « Ces deux faits frappants se passent de commentaires. Ajoutons que le succès, pour ainsi dire instantané de ce mode de traitement de la lymphangite, ferait croire, *à priori*, à l'utilité du sublimé dans l'érysipèle ». Le fait suivant est la confirmation la plus complète de cette assertion :

En février dernier, mon petit neveu, âgé de 12 ans, était atteint d'un érysipèle de la face, plus prononcé, lors de mon examen, à droite. Les yeux, les oreilles, etc., étaient déjà envahis. Le gonflement était médiocre, mais la fièvre et la céphalalgie étaient intenses, la soif vive. Je ne trouvai d'abord rien à reprendre au traitement du Dr Fleury, médecin de l'ins-

(1) *Progrès médical*, p. 651, *Lymphangite et sublimé*, par W. Skinner.

titution où se trouvait mon parent (eau purgative, application de collodion). Le lendemain, la face entière était envahie, ainsi que le cuir chevelu, sur une largeur de trois travers de doigt. Le gonflement était énorme; on constatait l'occlusion des yeux; l'hypertrophie notable des ganglions cervicaux, une douleur vive à la moindre pression; l'élévation de la température, l'augmentation de la céphalalgie et de la soif. Toutefois, le malade était calme.

Je me résolus alors à faire pratiquer des *lotions de liqueur de Van Swieten*, coupée de deux tiers d'eau. Quel ne fut pas mon étonnement de trouver, sept heures après, la maladie complètement enrayée; le malade ouvrait les yeux, le gonflement avait notablement diminué, la fièvre était tombée et la soif était peu vive, ainsi que la céphalalgie. J'ajouterai que par suite d'une méprise, la liqueur de Van Swieten avait été employée sans addition d'eau.

Les mêmes lotions furent répétées jusqu'à la complète guérison, qui ne se fit du reste guère attendre, car dès le lendemain le malade entrait en convalescence. Je n'ai noté aucun signe d'intoxication dans le cours du traitement,

Veuillez agréer, etc. Dr VACHER.

BIBLIOGRAPHIE

La cossalgia e la Resezione coxorfemorale; par A. TURETTA, chirurgien à l'hôpital civil de Trapani.

La guérison de la coxalgie est un des plus grands progrès de la chirurgie moderne. Ce progrès est dû surtout à l'anatomie pathologique. Guy de Chaulieu, J.-L. Petit, Verbeck, Fritz, Morel-Lavallée, Bonnet, manquaient de la notion pathogénique; malgré le mérite de leurs travaux, dans les auteurs modernes, les indications opératoires sont encore mal précisées parce que l'étude des lésions est encore mal connue. Sur une femme de 25 ans (OBS. I.), morte de consomption à la suite d'une coxalgie chronique, les *poumons furent trouvés sains*. Sur une fille de 17 ans (OBS. II.), dont la coxalgie avait débuté à 12 ans, à la suite d'un coup, la tête du fémur fut réséquée avec les deux tiers du grand trochanter; la guérison fut complète en trois mois et l'opérée sortit en bon état avec un raccourcissement de 3 centimètres. Sur un enfant de 15 ans, lymphatique, dont la tête du fémur était aux deux tiers détruite et le grand trochanter carié, l'opération eut un résultat brillant, et les suites furent exemptes de fièvre (OBS. III).

Pour expliquer ces cas, il faut se reporter à l'anatomie pathologique. La nature tuberculeuse de la coxalgie, entrevue d'abord par Nélaton, en 1836, démontrée par Koster, Friedlaender, Klebs, Mac Schüller et par la présence du bacille de Koch, est maintenant admise. Volkmann dit que l'affection débute par un point d'ostéite tuberculeuse, qui s'étend à la tête du fémur, puis à la synoviale et à la cavité cotyloïde. Il pense, et tous ceux qui ont pratiqué des résections précoces, seront de son avis, que la synovite tuberculeuse primitive est très rare. Ses idées ont été admises par König, Billroth, Nussbaum, Thiérsch; tandis qu'en France, Cornil, Brissaud, Roux, Terrier, Trélat, soutiennent le début par la synoviale.

On doit se ranger à l'avis de Volkmann: la tumeur blanche est, le plus souvent, une tuberculose primitive locale et à début fémoral. Elle se généralise ensuite à l'économie, encore ceci n'est-il pas constant, comme le montre l'OBSERVATION I. On doit donc opérer à la première période, à la période de tuberculose locale, quand on constate l'intégrité des poumons. Avec les pansements de Lister, l'opération est peu dangereuse chez les enfants. Les résultats des chirurgiens qui font cette opération, de Bœckel (de Strasbourg), en particulier, montrent que sa gravité a été exagérée chez l'adulte. Elle est loin d'être comparable à celle de l'ablation de l'utérus cancéreux. Le pis qui puisse advenir pour l'article, c'est l'ankylose. Or, c'est ce que donnent les cas les plus heureux de coxalgie guérie spontanément, encore cette ankylose est-elle vicieuse. Le rétablissement des fonctions sera d'autant plus complet que l'on aura opéré plus tôt.

Conclusions : 1° L'anatomie pathologique montre que les lésions osseuses sont toujours beaucoup plus avancées qu'on le croit, d'après les symptômes; 2° L'opération indiquée est donc la résection; 3° Celle-ci, pratiquée à temps, n'est pas d'un pronostic plus sombre que l'expectation elle-même et elle permet d'éviter une infection générale de l'économie. (Extrait du *Journal international des sciences médicales*, année IX, Naples, 1887. PILLIET.

L'Immunité par les Leucomaïnes; par E. G. B. — Paris, O. Berthier, 104, boul. St-Germain. — 1 br. 164 pages.

L'état d'immunité, chez l'individu qui a été atteint d'une maladie infectieuse, n'est pas due à la soustraction des substances nécessaires à la vie du microbe, cause de cette maladie : il est l'effet de la persistance dans l'organisme des leucomaïnes fabriquées par ce microbe et toxiques pour ce dernier. La vaccination, pour prévenir une maladie infectieuse, doit donc consister à introduire dans l'économie, par un moyen artificiel, les leucomaïnes du microbe pathogène spécifique. La production de ces substances pourra être obtenue soit au moyen d'une culture, soit en introduisant le microbe dans un milieu de l'organisme animal où il ne puisse se propager, tout en vivant assez longtemps pour fabriquer la quantité de leucomaïnes nécessaire à assurer l'immunité.—L'auteur développe ces considérations avec une abondance de documents bibliographiques : il trouve dans les travaux des Pasteur, des Chauveau, des Ferran, etc., des arguments pour les justifier. Malheureusement, ce ne sont là que des vues théoriques : l'auteur n'indique pas une seule expérience personnelle et il ne procède que par des déductions.

VARIA

Technique dentaire. — Manuel opératoire.

Le praticien doit toujours se tenir à la droite de son patient, lui enveloppant la tête de son bras gauche, et la maintenant solidement. Le pouce ou l'index de la main gauche, suivant les circonstances, doivent toujours être encapuchonnés soit de ouate, ou d'une feuille de caoutchouc, ou d'un linge, afin de parer à l'échappement de l'instrument dans la bouche. Le plancher de la bouche, la langue et leurs artères peuvent être déchirés par le pied de biche, ainsi que la voûte palatine, si pour une cause ou l'autre, l'opérateur n'est plus maître de son instrument.

Pour enlever les racines du côté droit de la mâchoire, tant au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur, la position de la main sur l'instrument est la même. Le manche est solidement placé dans la paume de la main, le pouce et l'index allongés sur la tige, et les trois autres doigts fermés sur le manche. De cette façon l'opérateur est bien maître de son instrument, il l'a bien en main. (Voir planche XIII.)

La mâchoire du patient étant soutenue par la main gauche, l'opérateur lui fait alors ouvrir la bouche dont il écarte les lèvres avec le pouce et l'index de la même main, puis, enfonce profondément et à angle aigu, de haut en bas, son instrument le long de la racine jusqu'au bord alvéolaire, et sans temps d'arrêt pousse fortement de dehors en dedans sur cette racine qui cède alors facilement.

Ce qui vient d'être dit s'applique également aux deux maxillaires du même côté; cependant, pour le maxillaire supérieur, il faudra avoir soin de renverser la tête du patient en arrière.

Le point d'application de l'instrument est aussi une chose capitale. Les dents sont des cuboïdes à angles plus ou moins mousses, pour les molaires proprement dites, du moins. Les racines de ces dents, présentent aussi de ces angles mousses. C'est sur ces angles, et non sur la partie plane des racines qu'il faut appliquer la partie active du pied de biche. On aurait tort aussi, lorsque des racines sont encore reliées par un débris de couronne encore solide, d'appliquer l'instrument sur ce fragment. Les efforts les plus grands arriveraient tout au plus à le briser. Il est de toute évidence qu'il faut examiner attentivement les racines que l'on veut extraire, s'assurer de leur résistance et de la profondeur présumée de leur implantation avant de se mettre en devoir d'opérer. C'est le meilleur moyen de bien réussir son opération.

Pour pratiquer l'extraction des racines du côté gauche des

mâchoires, la manœuvre est peut-être un peu plus difficile et demande plus d'attention de la part du praticien, mais avec un peu d'habitude, il s'en tire néanmoins à son avantage. La position de la main sur l'instrument est tout autre. (Voir planche XIV). L'instrument en effet est tenu comme un poignard, les quatre doigts fermés sur le manche et une partie de la tige, et le pouce reposant sur le sommet.

La tête du patient en place, la bouche ouverte comme il a été dit, l'opérateur plante son instrument toujours à angle aigu, mais de bas en haut, et continuant le mouvement, attire fortement à lui la racine. Pour les racines inférieures, l'instrument est enfoncé de haut en bas, et comme pour le haut, la poussée se fait toujours de dehors en dedans.

Certains opérateurs se mettent du côté où ils veulent opérer. Cette manœuvre n'est pas de celles que l'on doit recommander, à moins d'être *ambidextre*, chose rare. Autrement, la tête du patient n'étant plus maintenue suit l'impulsion donnée par l'opérateur et, outre le peu de chance de réussir, l'on fait courir de gros risques à l'opéré par suite d'une promenade intempestive du pied de biche en la bouche.

Les racines des prémolaires s'extirpent aussi assez facilement avec le pied de biche ; mais bien que cela soit possible, il ne faut point tenter l'extraction des canines et surtout des incisives privées de leurs couronnes.

Nous croyons qu'il n'est point indifférent de donner quelques détails anatomiques sur chaque dent, afin qu'aucune surprise désagréable ne vienne à se produire pendant une opération. Ces détails, du reste, pourront servir de points de repère au praticien. La position de l'opérateur n'est point non plus chose négligeable. Celui-ci doit toujours se tenir à la droite de son patient, un peu en avant ou en arrière, suivant l'opération, de telle sorte qu'en appliquant son davier sur la dent à extraire, il ne joue pas le rôle d'un écran, entre la lumière et la cavité buccale. La tête du patient doit aussi être bien appuyée ou soutenue par un aide. A défaut d'aide, le bras gauche de l'opérateur devra en servir. De cette façon, il sera plus maître de son patient et ne courra pas le risque de voir son instrument se déplacer par un retrait involontaire de son malade au moment où les mors du davier s'insinuent sous la gencive. La main gauche servira à écarter les lèvres et les joues pour donner plus de champ à la main droite qui opère, et à soutenir la mâchoire solidement. La position varie suivant les cas, et c'est surtout pour les dents du *maxillaire inférieur* que ces dispositions sont importantes.

Les *incisives* étant les premières dents qui apparaissent en la bouche, nous commencerons par elles, en allant par ordre jusqu'à la *troisième molaire* ou *dent de sagesse*, qui est la dernière à achever son éruption.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1635, 12 janvier. — L'an mil six cens trente cinq le douzième jour de janvier en vertu de larrest de Nosseigneurs de la Cour du Parlement en datte de cejourdhuy et a la requeste de monseigneur le procureur général nous Claude Vatier et Jean Pahin huissiers en icelle sommes trnsportés en la chambre et lieux qui soit occupés par Me Nicolas le Sec en ladicte maison de l hostel Dieu auquel lieu parlant pour luy à Gilles Bourseo son domestique duquel nous somme anquis la part ou lequel pouvoir estre ledict le Sec son maistre, nous auroit declaré qu'il ny estoit quand a présent et quil navoit disné en sa chambre, ains en ville auquel le Sec parlant que dessus nous avons faict commandement de par le roy et messeigneurs de ladicte cour de satisfaire au contenu dudict arrest, a ce qu'il n'en pretende cause dignorance. et enjoinct audict Bourso de bailler audict Le Sec son maistre tant copie dudict arrest que du present exploit que nous luy avons laisse a cest effect par nous huissiers en ladicte cour susdictz. Signe : VATIER, PAHIN.

1635, 27 janvier. — *Extraict des Registres du Conseil d Etat.* Sur la Requeste presentée au Roy en son Conseil par les doyen, chantres chanoines et chapitres de leglise de Paris administrateurs *tant au spirituel que temporel de l hostel Dieu de ladicte Ville* (1) tendant affin quil plaise à sa maiesté les recevoir a prendre fait et cause pour Me Nicolas le Sec prestre leur vicaire et pour ce baillif, lay en ceste qualité les recevoir opposans aux deffénces particullieres faictes par la cour du Parlement de Paris et attendu quil nest pas raisonnable que ledict Le Sec vicaire soit prive de ses allimens ordinaires ordonner que les allimens qui ont accoustume luy estre fourniz (1)... luy seront baillez. Et a ce faire les officiers contrainctz pour toutes voyes raisonnables. Et affin que pendant ce differend il ne soit rien altéré audict hostel Dieu enjoindre aux portiers de porter tous les jours a l heure ordinaire les clefs des portes dudict Hostel Dieu audict Le Sec vicaire et les aller prendre, à recevoir de luy tous les jours au matin aussy a lheure ordinaire et enjoindre aux officiers dudict hostel Dieu dobeir audict Le Sec en ladicte qualité jusques a ce que aultrement ait esté ordonné et aussy quil ne seroit raisonable de renvoyer les parties en la Grand Chambre dudict parlement de Paris a cause de la qualité des commis par ladicte Cour au Gouvernement dudict hostel Dieu ny au Grand Conseil auquel le sieur cardinal de Lyon Grand aulmosnier de France a présenté sa requeste pour avoir cognoissance de ladministration dudict Hostel Dieu bien quil nyait aucune jurisdiction. Et partant pour terminer a decider le susdit appel a faire le reglement requis et nécessaire audict hostel Dieu sur les mémoires et advis desdicts supplians requirent quil plaise a sa Majeste commettre telz des sieurs du Conseil qu'il plaira à Sa Majesté. Et cependant faict deffences audict sieur Grand aulmosnier et aux sieurs commis par ladicte cour pour le Gouvernement dudict Hostel Dieu de faire aulcunes poursuites ailleurs que audict Conseil et audict parlement den prendre aucune cour jurisdiction ny cognoissance. Veu ladicte requeste sentence du Bailly dudict chapistre du quatriesme du present mois de janvier 1635. Ledict Le Sec comme vicaire supplians Mrs Claude Laday prebstre pannetier, Pierre Briart despencier, pierre Gninier sommelier, Charles Delahaye et Denys Louis porteurs dudict hostel Dieu et les sieurs Commis par ladite Cour au régime et gouvernement du revenu temporel dudict hostel Dieu intervenant et prenant le faict et cause pour lesdicts officiers dudict hostel Dieu par laquelle après que le Procureur fiscal avoit este ouy est ordonne que par provision lesdicts pannetier sommelier et despencier sont condamnez de fournir audict Le Sec la portion et allimens ordinairement accoustumez luy estre fourniz et les portiers tenus luy porter les clefs à l heure accoustumée. Et a ce fet seront contrainctz par toutes voyes devers et raisonnables mesmes par corps, nonobstant oppositions ou appellations quelconques et sans préjudice d icelles. Et au principal les parties se pourvoiront audict Parlement en la Grand'Chambre dont lesdictz sieurs commis se sont portez appelans comme des juges incompétantz lettres de relief dappel de ladicte sentence audict parlement du cinquiesme janvier audict an signiffient ledict jour au sieur Le sec et a luy donne assignation audict parlement arrest dudict Parlement sur la requeste desdicts commis dudict jour cinquiesme janvier par lequel est ordonné que les parties aurait audience au mercredy suivant et cependant deffences de mettre ladicte sentence a execution.

Aultre arrest de ladicte Cour du Parlement de Paris du deuxiesme may 1635 contenant reglement sur le gouvernement et administration dudict Hostel Dieu, Requeste presentée au Grand Conseil par ledict sieur Cardinal de Lyon Grand aulmosnier de France tendant à ce que lesdicts doyen, chantres chanoines et Chapitre soient assignez en icelluy pour veoir dire et ordonner a qui appartiendra la disposition du gouvernement et administration dudict Hostel Dieu, sur laquelle est ordonné que les parties seront assignées audict Grand Conseil. Et cependant deffenses de proceder ailleurs, procès-verbaux et signiffication de ladicte requeste et ordonnance dudict Grand Conseil ausdicts supplians et audict. Le Sec le 9me du présent mois ouy le rapport du commissaire a ce deputte et tout consideré le Roy en son Conseil a ordonné et ordonne que les parties seront assignées en icelluy au mois pour estre reglees des juges. Et cependant que la sentence desdictes chambres luy sera executtee selon sa forme et teneur et que les parties pourront bailler leurs memoires et instructions, ce que bon leur semblera pour faire tel reglement quil appartiendra et sy besoing est pour ladministration dudict Hostel Dieu par devant les sieurs de Poissy archevesque de Bourges, de Lion, Aubry, Le Bre conseillers en son conseil et Malhault et jusques à Sa Majesté faict inhibitions et deffences a son Parlement de Paris et grand Conseil de prendre aulcune jurisdiction ny coguoissance du différend dont est question. Faict au Conseil d Estat du Roy tenu a Paris le unziesme jour de janvier 1615, Signe : LE RAGOIS (*Liasse* 875).

(1) Il est curieux de voir que 130 ans après l'arrêt du Parlement enlevant au clergé le pouvoir temporel de l'Hôtel Dieu, les Registres du Conseil d'Etat aient conservé l'ancienne formule. Cela tendrait a expliquer l'acharnement mis par les Chapelains à vouloir recouvrer le pouvoir temporel.

(1) Le papier est troué en cet endroit.

Banquet de l'Internat.

Samedi 16 avril, a eu lieu dans les salons du Grand-Hôtel le banquet annuel de l'Internat. 120 convives environ avaient ré-

pondu à l'appel de l'organisateur, M. Tillot. Comme les années précédentes, jeunes et vieux ont fraternisé et toasté. Plusieurs professeurs avaient honoré cette réunion de leur présence. Nous avons remarqué MM. Hardy, Brouardel, Cornil, Damaschino, etc. Au dessert, plusieurs toats ont été portés par M. Hardy, qui a rappelé, au milieu du recueillement général, le souvenir des camarades morts dans l'année, et qui a fait des vœux pour la prospérité de l'institution de l'Internat. M. Dupré, interne des hôpitaux, a remercié les anciens de l'honneur qu'ils faisaient aux jeunes en les accueillant parmi eux, l'idéal de ces derniers étant de suivre leurs traces. On a ensuite entendu M. Pamard (d'Avignon) et M. Desprès qui a protesté contre l'internat des femmes.

Dans la journée avait eu lieu, au grand amphithéâtre de l'Assistance publique, l'assemblée générale de l'*Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris* On a décidé que les internes en exercice ne paieraient qu'une cotisation de six francs et qu'ils seraient toujours représentés dans le comité par deux des leurs au moins. On a ensuite procédé au renouvellement partiel de ce comité. MM. Hardy, Chauffard, Gilbert et Halley ont été élus. M. Piogey a ensuite été nommé trésorier perpétuel.

Les Sœurs dans les Hôpitaux militaires.

« On me demande mon opinion sur l'utilité des Sœurs dans les hôpitaux militaires, écrit le rédacteur en chef de la *Revue internationale des Sciences médicales*. Je puis d'abord dire qu'elles ne servent à rien, tout le service étant assuré et fort bien exécuté par les infirmiers de visite et d'exploitation, sous la surveillance directe de leurs supérieurs. En effet, le service des Sœurs consiste, dit le règlement sur le service de la santé : 1° Dans les salles à concourir, avec les infirmiers, aux divers travaux intérieurs, à donner aux fiévreux et aux blessés les soins de toute nature compatibles avec leurs forces et avec la bienséance ; à concourir avec les infirmiers à la distribution des aliments et à l'administration des médicaments; 2° à la dépense et à la cuisine, à assurer sous la direction de l'officier d'administration chargé de ces services, la distribution régulière des denrées ; à concourir à la préparation des aliments pour les malades et à surveiller le bon emploi des denrées dont il fait usage.

En somme, d'après les rédacteurs eux-mêmes du règlement, les Sœurs dans les hôpitaux militaires, remplissent l'emploi d'une cinquième roue à une voiture. Mais il y a plus. Les Sœurs donnent de mauvais exemples aux infirmiers et aux officiers d'administration, car elles interprètent souvent au détriment du budget et des malades ce passage : « Surveiller le bon emploi des denrées dont il fait usage ». Du reste, je vais citer quelques-uns des faits dont j'ai été le témoin, dans un hôpital militaire de première classe ; cela vous renseignera mieux que toutes les grandes phrases sur la moralité, l'honnêteté, l'abnégation des religieuses.

Dans un but thérapeutique, le vin était interdit : Or, tous ceux-ci, sous-officiers ou bons chanteurs, acceptèrent, moyennant un demi-litre de vin que leur octroya chaque jour la Sœur, d'aller chanter la messe à la chapelle. Le truc fut découvert, un rapport fait et le rapport mis au panier par le médecin en chef. J'ai connu des personnes nourries par les Sœurs, soit à l'intérieur de l'hôpital, soit à l'extérieur de l'établissement, en ville. Des aliments, prélevés (?) sur ce qui revenait aux malades, sortaient de l'hôpital dans un panier sous les yeux du concierge portier, et servaient à la nourriture des personnes donnant des preuves de piété !

Les infirmiers, les médecins sont chaque jour témoins de ce « coulage » pratiqué souvent sur une grande échelle. Mais les supérieurs ferment les yeux, et j'ai connu un médecin militaire blâmé par son médecin en chef pour n'avoir pas voulu signer un « bon » soi-disant destiné à une salle de malades, mais destiné d'après la religieuse elle-même à la communauté. La Sœur, furieuse du refus, traite pendant la visite le médecin de polisson. Elle fut expulsée de la salle avec tous les honneurs dus à son sexe (?). Mais le médecin qui n'avait pas voulu s'associer à ce faux fut blâmé d'avoir été inconvenant ! ! !

J'ai vu un autre fait beaucoup plus grave : un soldat convalescent est pris brusquement de suffocation ; la Sœur envoie un infirmier chercher l'aumonier, et ce n'est que quand celui-ci a fait son service qu'elle envoie chercher le médecin de garde qui se trouve en présence d'un cadavre. Que dirais-je encore? Qui n'a vu de malheureux agonisants en proie aux obsessions des Sœurs, qui s'abattent autour du lit des mourants comme une volée de corbeaux ! Au point de vue de la discipline, de la bonne exécution du service, de l'honnêteté dans les distributions, du bien-être matériel et moral du malade, la suppression des Sœurs sera bien accueillie par tous ceux qu'un cerveau trop vieilli n'enchaine pas aux vieux errements. Car le but des religieuses dans les hôpitaux est de raccoler des ouailles pour la messe, des chantres pour la chapelle et des clients pour l'aumônier, et pour tout cela, la fin justifie les moyens. »

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 25. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Farabeuf, Segond. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Remy, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*. oral (1re partie). 1re *Série* : MM. Guyon, Reclus, Budin ; — 2e *Série* : MM. Lannelongue, Pinard, Terrillon ; — (2e partie) : MM Fournier, Damaschino, Rendu. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus.

MARDI 26. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Vulpian, Grancher, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Ball, Duplay, Richelot ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Troisier, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) 1re *Série* : MM. Le Fort, Tarnier, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Panas, Cornil, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hanot.

MERCREDI 27. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Reclus, Terrillon. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Remy, Reynier ; — (2e partie) : MM Charcot, Fournier, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Pinard, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Landouzy.

JEUDI 28. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Duplay, Peyrot. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Le Fort, Laboulbène, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Cornil, Humbert ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Granchèr, Proust, Debove.

VENDREDI 29. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Farabeuf, Kirmisson. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Charcot, Fournier, Terrillon ; — (2e partie) : MM. Gautier, Rémy, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Reclus, Budin ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Pinard, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

SAMEDI 30. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Cornil, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Grancher, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Ball, Troisier, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (2e partie) MM. Brouardel, Jaccoud, Hallopeau. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Laboulbène, Tarnier, Bouilly.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Jeudi 28. — M. Lallemant. Monographie des névroses professionnelles et de leur traitement. — M. Couderc. Des ophthalmies chez les aliénés. — *Samedi* 30. — M. Le Roy. De la fracture marginale antérieure de la malléole externe, ou fracture verticale par arrachement de la partie inférieure du péroné. — M. Papail. De l'emploi du corset plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale.

Enseignement médical libre.

Clinique sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. — M. TERRILLON reprendra ses leçons à la Salpêtrière, le mercredi 27 avril, à 10 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Le samedi, opérations.

Cours d'obstétrique. — M. BONNAIRE : tous les jours, à 5 h., Amphithéâtre de l'école pratique..

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 avril 1887 au samedi 16 avril 1887, les naissances ont été au nombre de 1281, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 469 ; illégitimes, 178. Total, 647. — *Sexe féminin* : légitimes, 445 ; illégitimes, 189. Total, 634

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 avril 1887 au samedi 16 avril 1887, les décès ont été au nombre de 1267, savoir : 687 hommes et 580 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 16, F. 20. T. 36 — Variole : M. 10, F. 5, T. 15. — Rougeole : M. 29, F 37. T. 66. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 7, F. 3. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 17 F. 16, T. 33. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 152, F. 81. T. 233. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 13. T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2. T. 3. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 45. T. 60. — Méningite simple : M. 17, F. 19 T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 20. T. 53. — Paralysie : M. 4, F. 6 T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 10. T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 44. T. 72. — Bronchite aiguë : M. 18, F 16. T. 34. — Bronchite chronique : M 28, F. 36. T. 64. — Broncho-Pneumonie : M. 20, F. 18. T. 38. — Pneumonie M. 51, F. 47. T. 98. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 13. T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 9. T. 20. — Autres gastro entérite : M. 9. F. 3. T. 12. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de con-

formation : M. 16, F. 16, T. 32. — Sénilité : M. 9, F. 15. T. 24. — Suicide : M. 10, F. 4. T. 14. — Autres morts violentes : M. 6, F. 3. T. 9. — Autres causes de mort : M. 128. F. 74. T. 202. — Causes restées inconnues : M. 7 F. 5. T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 14. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 30; illégitimes, 12. Total : 42.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Par décret du 15 avril, un concours s'ouvrira le 3 novembre 1887 à la faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le Pr extraordinaire M. GRUBER (de Gratz) est nommé professeur extraordinaire d'hygiène à l'université de Vienne. — Le professeur OLSHAUSEN (de Halle), nommé à Berlin en remplacement de Schrœder, entrera en fonctions le 1er mai prochain. - Le Dr Karl FLUEGGE, professeur ordinaire à la faculté de Göttingue, est nommé professeur à la faculté de médecine de Breslau. — Le professeur UGHETTI est nommé professeur ordinaire de pathologie générale à l'université de Catam. — Le Dr Raimondo FILLETTI est nommé à la même université professeur extraordinaire de pathologie spéciale. — MM. QUEIROLO et Brigidi VINCENZIO ont été nommés à la Faculté de Catane professeurs extraordinaires, l'un de pathologie spéciale démonstrative, etc., l'autre d'anatomie pathologique. — M. Salomone-Marino a été nommé professeur extraordinaire de pathologie spéciale démonstrative et de clinique propédeutique à l'Université de Messine.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN ADJOINT AUX HOSPICES DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE. — *Jury* : MM. J. Voisin, Falret, Espiau de Lamaestre, Bourneville, Bucquoy, Rigal et Dujardin-Beaumetz. — *Candidats* : MM. Chaslin, Pichon, Saury.

CONGRÈS DES MÉDECINS GRECS D'ORIENT. — A l'occasion des fêtes pour le cinquantenaire de la Société médicale d'Athènes un congrès des médecins grecs d'Orient s'est réuni les 3, 4 et 5 du mois d'avril à Athènes, *à l'Académie Sina*. Le résumé des séances paraîtra dans le *Galien*.

HÔPITAL DE BERCK. — Par arrêté préfectoral, en date du 17 mars 1887, il est institué une commission spéciale chargée, après examen sur place, d'émettre un avis sur les mesures à prendre et les travaux à exécuter pour défendre l'hôpital de Berck-sur-Mer contre l'envahissement des eaux de la mer.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — Le mandat des médecins inspecteurs des écoles primaires et des écoles maternelles de la ville de Paris et des arrondissements de Sceaux et de St-Denis est prorogé jusqu'au 1er octobre 1887.

L'EXPOSITION D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE qui s'ouvrira le 15 juin, au Pavillon de la ville de Paris, sous la présidence d'honneur de MM. Lockroy et Mesureur, et la présidence effective du Dr Chassaing s'annonce comme devant être un succès. Elle constitue d'ailleurs, en notre pays, une utile innovation, et nous sommes persuadés que, pour la propagande de toutes les importantes questions d'hygiène infantile, elle viendra combler une lacune laissée par l'enseignement de la parole et du livre.

Les personnes qui désirent participer à cette exposition, et prendre connaissance de ses statuts, sont priées de s'adresser *sans retard* à M. Engammare, secrétaire de l'exposition, 27, rue Condorcet. La place étant restreinte, il importe aux intéressés d'être agréés le plus tôt possible par le Jury d'admission.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr GALLERAND, médecin adjoint du lycée de Marseille, est nommé médecin du petit lycée de Marseille (Belle-de-Mai), en remplacement de M. le Dr Villeneuve, appelé à d'autres fonctions. — M. le Dr HUE est nommé médecin adjoint du lycée de Rouen, en remplacement de M. le Dr Cerné, appelé à d'autres fonctions. — M. le Dr VILLENEUVE, médecin-adjoint au lycée de Marseille (Belle-de-Mai), est nommé médecin du lycée de Marseille, en remplacement de M. le Dr Vésine Larue, décédé — M. le Dr CERNÉ, médecin-adjoint du lycée de Rouen, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Leudet, décédé.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le Pr Georges Ville a commencé son cours de physique végétale, à trois heures, dans le Grand Amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure. Il traitera des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux. A partir du mois de mai, les leçons seront suivies d'une démonstration expérimentale au laboratoire de physique végétale, 43 *bis*, rue de Buffon.—M. le prof. ED. BECQUEREL a ouvert son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 18 avril 1887, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques et naturels et s'occupera notamment de l'électro-chimie ainsi que des actions chimiques et physiologiques de l'électricité.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros du « *Médical Standard* » (de Chicago) et du « *South-Western Medical Gazette* » (de Louisville), revue mensuelle éditée par MM. Coomes et Marvin. — Nous avons reçu le premier numéro de la *Revue et Archives Suisses d'odontologie*, pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche et des dents, journal mensuel, dont le rédacteur en chef est M. le professeur Redard. Genève, 4, rue du Mont-Blanc. — Nous avons reçu également les deux premiers numéros de la *Gazette médicale de Montréal*, revue mensuelle de médecine et de chirurgie et des sciences accessoires. Directeurs : MM. L'Hon, Paquet, Hingston, Desjardins ; - secrétaire de la rédaction, le Dr Beausoleil Montréal, 66, rue St-Denis. Nous enregistrons avec plaisir l'apparition de ces deux nouveaux journaux de langue française.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr RÉAU, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du Bureau de bienfaisance du IVe arrondissement, auteur d'intéressants rapports sur l'établissement du concours pour les fonctions administratives dépendant de l'administration, comme celles des médecins des bureaux de bienfaisance, etc. — Dr GRATIEN-EPRON (de Château-Thierry). — Dr HAMON, médecin de la Marine. — Dr PETEL (de Louviers), collaborateur de divers journaux de médecine ; il fut reçu docteur en 1835, après la soutenance d'une thèse *sur la symptomatologie de la péricardite*. — Dr DEVRIGNON (de Egleng-Yonne). — Dr PANNEVEL (de Neuilly-sur-Seine). — Dr W. BRUMMERSTADT (de Rostock), privat-docent de gynécologie.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — Le Dr Auguste VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 6 mars, à 9 heures et demie du matin, et les continue les dimanches à la même heure.

HÔPITAL ST-LOUIS. — M. HALLOPEAU : cours clinique des maladies syphilitiques, le samedi à 4 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

FÉRÉ (Ch.). — Sensation et mouvement (Etudes expérimentales de psycho-mécanique). Volume in-12 de 164 pages. Prix : 2 fr. 50

Librairie J.-B. BAILLIÈRE fils, 19, rue Hautefeuille.

DUVAL (E.). — De l'intervention des médecins dans les applications hydrothérapiques. Brochure in-8° de 22 pages.

JENNINGS (O.). — Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie. Brochure in-8° de 30 pages, avec 17 tracés. Prix : 1 fr. 50

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

DUBUC.—De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne, dans l'opération de la lithotritie. Brochure in-8 de 10 pages. Prix : 75 c.

HERZOG (C.). — Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Auges bei Nierenleiden. Brochure in 8 de 77 pages, avec 6 planches. — Wiesbaden. 1887. — Verlag von J. Bergmann.

SCHREIBER (J.). — Die mecanische Behandlung der Lumbago. Brochure in-8 de 44 pages, avec 26 figures. — Wien, 1887. — Urban et Schwartzenberg.

GACHE (S.).—Estudio de psico-patologia. Volume in-8 de 175 pages. — Buenos-Aires, 1886 — Imprenta de M. Biedma.

TURRETTA (A.). — La cossalgia e la resezione coxofemorale. Brochure in-8 de 15 pages. — Napoli, 1887. — Librairie Detken.

Librairie PICARD-BERNHEIM, 11, rue Soufflot.

BÉRILLON (Ed.). — L'œuvre scientifique de Paul Bert, avec portrait. Volume in-18 de 118 pages, avec 5 figures. Prix : 75 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 AVRIL 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

QUINZIÈME ET DERNIÈRE LEÇON (1)

Le charbon interne de l'homme (charbon intestinal et pulmonaire). (*Fin.*)

Charbon pulmonaire.— Il existe, chez l'homme, une autre forme de charbon interne, résultant de l'inhalation de poussières charbonneuses et où la lésion initiale porte sur l'appareil pulmonaire. Dans cette catégorie rentrent deux endémies professionnelles récemment décrites : « la maladie des chiffonniers » de Vienne et surtout « la maladie des trieurs de laine » de Bradford.

Maladie des chiffonniers. Hadernkrankheit. — En 1878, l'attention des médecins de Vienne fut attirée par une maladie spéciale, d'allure assez énigmatique, sévissant sur les chiffonniers et les ouvriers en papier qui maniaient des chiffons de provenance russe ou polonaise. Les recherches de Schlemmer, Klob, Heschl et de M. Frisch portent à penser que cette maladie (*Hadernkrankheit*) n'était, selon toute apparence, qu'un charbon interne ; l'infection chez les chiffonniers se faisait sans doute par la voie pulmonaire à la suite d'inhalation de poussières contenant des spores virulentes, peut être aussi pour la voie intestinale (2). Toutefois, comme le fait justement remarquer M. Greenfield, les expériences instituées à ce sujet par M. Frisch sont peu concluantes : il expérimentait surtout sur des chiens, qu'il fit périr rapidement à la suite de l'injection de sang provenant des individus morts de cette maladie ; or, l'on sait que ces animaux contractent difficilement le charbon ; d'autre part, les lapins qu'il inoculait avec les mêmes substances mouraient plus vite qu'ils ne meurent par le charbon : il est probable que le sang qui servait à ces expériences était du sang charbonneux, mais déjà putréfié, et que (comme dans les expériences de Jaillard et Leplat) la maladie qu'il provoquait ainsi chez les animaux était une septicémie.

Maladie des trieurs de laine. Woolsorters'disease. — On savait depuis longtemps, dans les districts d'industrie lainière en Angleterre, surtout à Bradford et dans les usines du voisinage, que le triage des laines (telles qu'elles arrivent en ballots) est un métier dangereux; les ouvriers se livrant à ce travail peuvent être enlevés rapidement, d'un mal mystérieux, à localisations thoraciques mal dessinées, que l'on considérait comme une sorte de pneumonie due à la respiration des poussières dégagées pendant le travail. On avait reconnu en outre que les cas de « woolsorsers'disease » étaient devenus plus fréquents depuis que, dans les filatures de Bradford, on avait importé des laines grossières, de provenance asiatique et surtout les poils de chèvre (alpaca, mohair) et les poils de chameau (camel's hair); les plus dangereuses de toutes étaient les laines originaires de la province de Van, en Asie. « Dans les fabriques où ces laines sont employées, la mort rapide des trieurs (sorters) était un accident fréquemment observé. Quand ces morts ne se produisaient que d'une façon isolée, à plusieurs semaines d'intervalle, elles causaient peu de sensation; mais quand plusieurs hommes, travaillant ensemble dans le même atelier, étaient enlevés à bref intervalle par le mal mystérieux, alors une grande inquiétude régnait parmi les ouvriers; bientôt toutefois l'alarme s'apaisait et le travail reprenait, mais toujours vaguement inquiétant pour ceux qui s'y livraient (1). » Le docteur Bell, de Bradford, à qui j'emprunte ces lignes, fut un des premiers à signaler la gravité du mal et émit l'opinion qu'il s'agissait probablement, dans ces cas, de charbon interne. Il se basait surtout sur la coexistence, assez fréquemment observée chez les *sorters*, de la pustule maligne. En 1880, le fléau prit à Bradford de telles proportions que le gouvernement s'en émut; une commission fut nommée, dont firent partie le Dr Spear et le professeur Greenfield et les recherches de ce dernier mirent tout à fait hors de conteste la nature charbonneuse de la maladie.

Les investigations de la commission établirent que dans le seul espace de dix mois, de novembre 1879 à septembre 1880, il y eut à Bradford et dans les environs (Keighley et Queensbury) parmi les ouvriers trieurs 9 cas de pustule maligne, avec 2 morts, et 23 cas de « woolsorters'disease » (charbon interne), avec 19 morts.

Voici un cas, emprunté à M. Greenfield, qui peut être considéré comme un type de « woolsorters'disease.»

« Homme occupé à trier du « mohair » de qualité inférieure; environ quatre jours avant la maladie confirmée, il se plaignit de sensation de froid et de douleurs dans les membres ; mais ce ne fut qu'au bout de quatre jours qu'il quitta le travail, accusant un froid intense; insomnie, dyspnée, sueurs profuses et légère cyanose; le lendemain, même état, râles dans toute la poitrine ; intelligence conservée ; il mourut à midi, vingt-quatre heures après avoir quitté son travail.

A l'autopsie, pratiquée neuf heures après la mort, vaste infiltration gélatiniforme des médiastins; épanchement abondant, séreux dans les deux plèvres ; œdème gélatiniforme du tissu conjonctif sous-pleural. Tuméfaction hémorrhagique des ganglions bronchiques. Dans la trachée et les grosses bronches, hémorrhagies sous-muqueuses ; les bronches contiennent des mucosités spumeuses et sanguinolentes. Le sang, pris au bras peu après la mort, renfermait des bactérédies charbonneuses typiques, en petit nombre ; inoculé à un cobaye, il le fit périr du charbon, en une trentaine d'heures Le sang pris dans le cœur du cadavre, dans la rate, les ganglions bronchiques contenait des bactéridies ; inoculé à des cobayes, il leur communiqua le charbon type (2).

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 39, 40 et 1887, nos 3, 4, 6, 9, 12 13, et 17.

(2) Frisch. V. *Experimentelle Untersuchungen über die sogenannte Hadernkrankheit*(*Wiener mediz. Wochenschr.*, 1878, nos 3-5).

(1) « Overclouding the life of the sorter with a mysterious shadow » (F. H. Bell : *On « Woolsorters'disease »*, *The Lancet*, 1880, t. I, p. 872 .

(2) Greenfield. *Further Investigations on Anthrax and allied diseases in man and animals* (*The Brit. med. Journal*, 1881, t. I, p. 3 et 81.)

La plupart des observations offrent avec la précédente de grandes analogies : le mal débute par une faiblesse extrême, de la céphalée, des sueurs profuses ; bientôt se manifestent des douleurs constrictives de la poitrine, de la dyspnée ; à l'auscultation, des signes de congestion et d'œdème pulmonaire ; fièvre modérée ou nulle, cyanose, intelligence conservée ou délire, mort dans le collapsus. Plus rarement, il y a prédominance de phénomènes abdominaux, vomissements, coliques et diarrhée, parfois ictère (1).

La marche de la maladie était variable, tantôt rapide et presque foudroyante, comme dans l'observation ci-dessus ; d'autres fois la mort arrivait au bout de 4 à 5 jours, rarement au bout d'une semaine. On a observé des guérisons, toujours suivies d'une convalescence très longue.

Les lésions anatomiques portaient surtout sur les organes thoraciques : épanchement abondant dans les plèvres, infiltration gélatiniforme du médiastin et du tissu conjonctif sous-pleural, tuméfaction et état hémorrhagique des ganglions bronchiques, extravasations sanguines dans le poumon et sur la muqueuse trachéo-bronchique. Dans les autopsies pratiquées à Bradford, on n'a pas relevé sur le tube digestif des lésions rappelant celles de la mycose intestinale. Pour ce motif, ainsi qu'à cause de prédominance des phénomènes thoraciques pendant la vie, M. Greenfield fut conduit à penser qu'il avait eu affaire à une forme spéciale de charbon, à localisation initiale pulmonaire, et qu'il propose d'appeler *bronchial mycosis :* hypothèse qui paraît bien en rapport avec la nature des faits observés.

Il est donc démontré que la maladie dite « woolsorters'disease » est une maladie charbonneuse, et il est en outre extrêmement probable que la plupart des cas observés dans l'épidémie de Bradford étaient des cas de charbon pulmonaire. Les poussières dégagées pendant le triage des laines contenaient des spores du bacillus anthracis qui, pénétrant par inhalation dans les voies respiratoires, déterminaient chez les ouvriers une infection anthracique extrêmement grave tout à fait comparable au charbon provoqué chez les souris, par l'inhalation de poussières charbonneuses, dans les expériences de M. H. Buchner. Il est évident que rien ne prouve que l'infection, chez ces ouvriers, en même temps qu'elle se faisait par la voie pulmonaire, ne se soit pas effectuée aussi par le tube digestif, par suite de la déglutition de salive chargée de poussière virulente.

A la suite de l'enquête de la commission instituée par le *Local Government Board*, des mesures furent prises pour mettre les ouvriers des filatures de Bradford et des districts environnants à l'abri de la maladie ; on surveilla l'ouverture et le triage des ballots de laine d'origine suspecte ; ces ballots furent soumis à l'action de l'eau bouillante ou de la vapeur d'eau ; la ventilation des salles où s'opère le triage fut améliorée. Le résultat de ces mesures préventives paraît avoir été très efficace, car depuis il n'a plus été question, à ma connaissance, dans la presse médicale anglaise, de nouveaux cas de cette redoutable maladie professionnelle.

Prophylaxie du charbon chez l'homme. — Les mesures prophylactiques auxquelles il convient de recourir pour restreindre, sinon pour faire disparaître complètement les affections charbonneuses chez l'homme, découlent naturellement des notions étiologiques qui viennent d'être exposées. Tous les moyens propres à réprimer les affections charbonneuses parmi les animaux domestiques auront aussi pour effet d'en diminuer la fréquence parmi les hommes. La Beauce était autrefois dans notre pays la terre classique de la pustule maligne aussi bien que du sang de rate ; c'est là que Bourgeois, Raimbert Salmon, Maunoury ont pu recueillir les nombreux documents qui rendent si instructives leurs études sur la pustule maligne. Je tiens de M. Maunoury fils qui, comme son père, exerce à Chartres et dans le pays environnant, que la fréquence de la pustule maligne est devenue beaucoup moindre dans cette contrée et que les cas observés annuellement sont exceptionnels : cette diminution de fréquence du charbon humain dans le pays chartrain a coïncidé avec l'extension qu'a prise, dans ces dernières années, pour les troupeaux de cette région, la pratique des vaccinations charbonneuses.

Il reste beaucoup à faire encore, dans les campagnes, pour assurer l'exécution des règlements concernant la destruction ou l'enfouissement des cadavres des animaux morts ou abattus pour la maladie charbonneuse, pour empêcher la vente de la peau de ces animaux et même le débit clandestin de leur viande et de leurs viscères ; dans les grandes villes, le service d'inspection des viandes est établi ; mais cette police fait à peu près entièrement défaut dans les petites villes et dans les campagnes.

Plus difficiles encore à assurer sont les mesures prophylactiques auxquelles il faudrait recourir pour écarter les dangers d'infection anthracique auxquels sont exposés certains ouvriers (tanneurs, mégissiers, fileurs de laine, cordiers, brossiers, ouvriers en corne, etc.), professions qui, comme nous l'avons vu, exposent à la fois à la pustule maligne et au charbon interne. Les produits animaux, les peaux, les laines et les poils qui déterminent ces accidents sont presque toujours d'importation étrangère, russe, asiatique ou américaine ; il y aurait donc lieu d'exiger une désinfection préalable efficace de ces produits suspects. Cette désinfection, il est vrai, présenterait de grandes difficultés pratiques, car pour tuer les spores si résistantes du charbon, il faudrait recourir à l'emploi d'agents chimiques énergiques ou de la vapeur d'eau surchauffée : moyens qui, entre autres inconvénients, ont celui de détériorer la plupart des matières soumises à leur action. Aussi quelques médecins se sont-ils prononcés pour la prohibition pure et simple des laines, poils et autres matières animales provenant de pays notoirement infestés de charbon. C'est là un chapitre intéressant d'hygiène professionnelle et qui reste ouvert presque tout entier.

Traitement. — L'homme peut être rangé parmi les êtres qui opposent une grande résistance à l'invasion de la bactéridie, surtout quand l'insertion du virus a eu lieu sur le tégument externe. Le virus charbonneux demeure alors sur place pendant un temps plus ou moins long, provoquant d'abord une lésion purement locale, la pustule maligne ou l'œdème malin. Les choses peuvent en rester là et le mal guérir spontanément, ainsi que le témoignent les guérisons obtenues par la simple expectation ; celles qu'on a observées à la suite de l'application de remèdes anodins, tels que les feuilles fraîches de noyer, l'écorce de chêne, le jus de citron, etc., peuvent à juste titre être invoquées aussi comme des exemples de guérison spontanée (Trélat).

(1) Voir à ce sujet : Greenfield, *loc. cit.* — John Spear, *Report to the local Government Board upon the so-called « woolsorters' disease »* (*The Lancet*, 1881, t. II, p. 156).

Il y aurait toutefois imprudence grave à compter sur un pareil mode de guérison naturelle et toutes les fois que la pustule maligne est constatée, il faut s'appliquer à détruire le mal sur place, par les moyens chirurgicaux appropriés; cette intervention sera d'autant plus efficace qu'elle aura été plus hâtive et plus énergique.

L'excision de la pustule à l'aide du bistouri, recommandée autrefois par Fournier, Maret et les chirurgiens de l'école de Dijon, a été rejetée avec raison, au siècle dernier déjà, par Enaux et Chaussier. Quelque complète qu'elle soit, l'extirpation est impuissante à enlever toutes les bactéridies qui pullulent au pourtour de la pustule; en outre le bistouri, en ouvrant largement les vaisseaux, peut faciliter la pénétration des bacilles dans la circulation et l'opération, au lieu d'être utile, peut ainsi entraîner des suites funestes. Aussi l'extirpation ou l'incision cruciale de la pustule maligne n'est-elle plus pratiquée aujourd'hui que comme préliminaire de la cautérisation.

Les uns donnent la préférence à la cautérisation faite au fer rouge, les autres à la cautérisation par les agents chimiques. Les médecins de la Beauce recommandaient le bichlorure de mercure, grossièrement pulvérisé, avec lequel on remplissait le godet résultant de l'incision cruciale de l'escharre et de l'excision de ses angles. Ce caustique amène une vive réaction favorable à la guérison; il ne fuse pas et donne lieu à une escharre sèche et dure; mais il expose aux dangers de la résorption et de l'intoxication par le sel mercurique. Bourgeois (d'Etampes) se servait de potasse caustique; d'autres ont préconisé la pâte de Vienne, le chlorure de zinc, l'acide sulfurique, etc. Chacune de ces méthodes, à côté de succès, compte des revers.

A la suite des recherches de Davaine sur l'action destructive exercée par divers antiseptiques, et particulièrement l'iode, sur la bactéridie (1), on a eu recours à des injections interstitielles de solutions plus ou moins concentrées d'iode ou d'acide phénique faites dans le tissu œdématié du pourtour de la pustule (Chipault [d'Orléans], Raimbert, Richet, Duplay, Lucas-Championnière); par cette méthode, on a souvent réussi, parfois aussi échoué.

On doit à M. Verneuil d'avoir formulé avec une grande netteté une méthode mixte de traitement où les injections hypodermiques désinfectantes sont heureusement associées à la cautérisation destructive de la pustule : « à l'aide du thermo-cautère, manié comme un bistouri, on procède à la destruction radicale de l'escharre centrale de la pustule maligne; c'est le premier temps de l'opération; puis, avec le même instrument, on fait dans la zone d'induration du pourtour immédiat de l'escharre, des applications énergiques et profondes de pointes de feu; enfin dans la zone périphérique, œdématiée, on pratique à l'aide de la seringue de Pravaz des injections interstitielles, peu distantes les unes des autres, de deux à quatre gouttes de solution aqueuse de teinture d'iode (au 100e ou au 200e); ces injections sont répétées toutes les deux ou trois heures. On y ajoute l'administration, à l'intérieur, de deux à quatre gouttes de teinture d'iode toutes les deux heures » (2). M. Trélat suit une pratique analogue : l'escharre centrale est fendue par une incision cruciale et cautérisée à l'aide de la pâte de Vienne; le pourtour de la tumeur est cerné par un grand nombre d'injections sous-cutanées d'eau phéniquée au 100e (trente gouttes par chaque piqûre). (1). Cette méthode mixte de traitement paraît de toutes la plus rationnelle, car elle combine les avantages de la cautérisation et des injections interstitielles antiseptiques; on lui doit des succès nombreux et dans des cas qui paraissaient presque désespérés.

(1) Davaine. *Recherches sur l'action des substances dites antiseptiques sur le virus charbonneux* (*C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1873, t. LXXVII, p. 821).

(2) Verneuil. *Du traitement de la pustule maligne* (*Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1881, p. 182).

Quand les symptômes graves d'intoxication générale se sont établis, il faut insister sur l'administration interne des antiseptiques (teinture d'iode, acide phénique, sulfate de quinine); sans doute, ces médicaments ne peuvent être donnés à dose suffisamment forte pour atteindre directement et tuer les bactéridies, lorsque celles-ci ont envahi le sang et les organes; mais rien ne prouve qu'on n'entrave pas ainsi, dans une certaine mesure, leur multiplication et qu'on ne donne par ce moyen à l'économie le temps de les détruire ou de les éliminer. On y adjoindra l'emploi des toniques et des stimulants, et l'on pourra encore assister ainsi à des guérisons inespérées.

Le *charbon interne*, intestinal ou pulmonaire, est incomparativement plus grave que le charbon externe, à cause de l'impossibilité d'agir sur le foyer primitif du mal; le traitement interne par les antiseptiques et par les toniques est la seule et bien faible ressource dont nous disposons dans ces cas redoutables.

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

De la syphilis viscérale;

Leçon clinique faite par le professeur **LACHKEVITCH**, de Karkow.

Le malade, qui fera le sujet de ma conférence, présente un grand intérêt scientifique. Cet intérêt ne se borne pas aux questions purement pratiques, mais entre aussi dans le domaine de la théorie. Des cas semblables au nôtre ne se rencontrent pas souvent, se diagnostiquent encore moins souvent; notre patient pouvait passer pour un malade ayant seulement un catarrhe d'estomac, car il ne se plaint principalement que de vomissements quotidiens, qui surviennent après une nourriture lourde et surtout après un travail musculaire difficile. Mais une analyse attentive et objective nous montre que le sujet en question est atteint d'une cachexie prononcée, malgré sa constitution d'athlète. Maintenant abordons les faits qui le concernent. Vous avez devant vous un homme de 35 ans. La figure ne porte pas les moindres traces d'épuisement ou de marasme, elle est seulement un peu cyanotique et un peu œdémateuse. Les muscles sont des muscles d'athlète. La peau présente des particularités sur lesquelles nous arrêterons notre attention : sur le front, à droite du tuber frontalis, se trouve une cicatrice de forme ronde, qui a 2 centimètres de largeur et qui rentre assez profondément dans la peau. Dans la région de l'omoplate, des deux côtés, et dans la région lombaire, il y a toute une série de cicatrices disposées symétriquement; toutes elles ont une forme ronde, toutes sont de la couleur du nacre de perle, la plupart confluent entre elles, grâce à quoi leur surface devient considérable, mais, prise à part, aucune de ces cicatrices n'atteint plus de 2 centimètres de diamètre. La plupart d'entre elles sont atrophiées, d'autres rentrent assez profondément dans la peau. Le

(1) Trelat. *Ibid.*, p. 202.

malade explique l'origine de ces cicatrices de la manière suivante : il se formait dans la peau des petits nodules de la grosseur d'un pois. Ces nodules n'étaient pas douloureux ; ils grossissaient et atteignaient la grosseur d'une noix et même d'un œuf de pigeon ; après quoi ils se ramollissaient, la peau de dessus devenait rouge et s'ulcérait ; de cette manière, d'après l'expression pittoresque de notre malade, il se formait des « ouvertures », d'où s'écoulait une matière puriforme ; en guérissant, ces ouvertures laissaient des cicatrices. D'autres nodules étaient absorbés, ne s'ulcéraient pas, mais laissaient aussi des cicatrices rentrées. En continuant l'examen de notre malade, nous trouvons *in epigastrium*, immédiatement au-dessous du processus xyphoïdien, une élévation visible à l'œil. La palpation nous permet de constater que cette élévation est formée par le lobe gauche du foie, qui est plus volumineux, dur comme un cartilage et peu sensible; mais *in toto* ce lobe est tel que l'augmentation de son volume paraît avoir pour point de départ deux centres. Le lobe droit du foie ne présente rien d'anormal, ni comme volume ni comme consistance. La rate est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. Le canal intestinal est un peu gonflé, la pression sur l'estomac est sensible. L'examen des organes génitaux ne montre aucune trace d'ulcérations anciennes. Mais le testicule droit est trois fois plus gros que l'autre; il est induré et peu sensible à la pression. Cette augmentation de volume est occasionnée par une intumescence du testicule lui-même. Dans le pharynx, rien d'anormal. L'examen des organes de la poitrine ne fait découvrir rien de pathologique. Mais la région de matité au cœur est un peu agrandie. Le pouls est fort : 84 p. par minute. La température du corps, normalement, est de 37°.40; les artères palpables sont sclérosées. La quantité d'urine est diminuée : 750 c. c. (du moins c'est la quantité durant les premiers jours après son entrée à la clinique); la pesanteur spécifique de l'urine est de 1.015, sa réaction acide et elle contient modérément de l'albumine, l'examen microscopique montre une grande quantité de cylindres urinaires de forme droite et tortueuse, des cylindres granuleux et avec dégénérescence graisseuse. Au microscope, presque tout le champ est rempli de ces cylindres et d'épithéliums du rein. D'après cette quantité d'éléments morphologiques, on devait s'attendre à trouver une très grande quantité d'albumine dans l'urine. En réalité, l'urine de notre malade ne contient de l'albumine qu'en quantité modérée. Je vous prierai de fixer toute votre attention sur ce fait. Vous verrez que pour le diagnostic ce fait, qui paraît peu important, sera d'une très grande importance. Les matières vomies furent aussi soumises à un examen détaillé ; leur réaction était acide ; il s'y trouvait des restes d'aliments et rien d'autre.

D'après les faits racontés par notre malade, ses parents étaient des gens bien portants et qui atteignirent un âge respectable. Son père mourut à l'âge de 60 ans, sa mère, âgée de 65 ans, vit jusqu'à présent. Tous les membres de la famille d'où provient notre malade, sont doués de grande force physique et de bonne santé. Ses frères étaient réputés comme les hommes les plus vigoureux de leur village. Sa propre famille, sa femme et ses cinq enfants, sont aussi bien portants. Excepté ces cinq enfants, qui sont en vie, il y en a deux qui sont morts tout jeunes d'une maladie que notre malade n'est pas en état de préciser. Quant à notre patient, il était d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans. A partir de là, il se manifesta chez lui une série de symptômes valétudinaires. Il se forma sur le front une tumeur suivie de ramollissement qui laissa la cicatrice décrite plus haut; il eut des maux de tête et des douleurs nocturnes dans les os. Quelque temps après (deux ans, d'après le dire du malade) se manifesta le processus dont nous avons déjà parlé dans la région lombaire et celle de l'omoplate. Il y a cinq ans de cela, le malade souffrit assez longtemps de la fièvre intermittente. Notre malade n'est pas un ivrogne, mais il boit de l'eau-de-vie, quelquefois en grande quantité. Il est à présumer que c'est l'eau-de-vie qui est la cause proxime de son catarrhe d'estomac, car c'est après un abus immodéré de cette boisson que se manifestèrent les premiers symptômes. Il est remarquable que les symptômes dyspeptiques apparaissent non seulement après une nourriture lourde, mais aussi après un travail mécanique difficile, après un travail qui demande le courbement et décourbement du corps, comme, par exemple, la coupe et le sciage du bois, etc.

Vous voyez, Messieurs, quelle masse de faits très importants au point de vue clinique nous présente ce cas, au premier abord, de simple catarrhe d'estomac. Ces faits lui donnent un très grand intérêt et le placent parmi les processus spécifiques, dont l'étude est pour vous essentiellement nécessaire.

Quel est ce processus ? Sommes-nous en état de le préciser ? Pour le moment, laissons de côté les symptômes dyspeptiques de notre malade et raisonnons un peu. Les affections simultanées du foie, des reins et du testicule nous prouve que le processus a choisi, comme *locus prædilectionis*, les organes parenchymateux, mais ne s'en est pas borné exclusivement à eux ; l'artério-sclérose, qui dans notre cas ne peut pas provenir de l'âge, mais qui n'en est pas moins prononcée, nous démontre que nous avons à faire à un des processus qui n'ont pas épargné les autres organes. La palpation du lobe affecté du foie et du testicule prouve l'identité des deux affections; ces deux organes ont également augmenté de volume, ils ne sont pas noduleux, ni l'un, ni l'autre ; ils ont la même consistance comme si ils étaient sclérosés, et sont peu sensibles à la pression. La marche des affections de ces organes est très lente, chronique. D'après ce que dit le malade, il y a déjà près de 4 ans qu'il souffre des symptômes du catarrhe d'estomac. La première fois qu'il remarqua l'intumescence du testicule remonte, d'après lui, à un temps bien antérieur encore. Avec tout cela, notre malade n'offre pas de symptômes de marasme, ce qui nous oblige dans notre cas d'exclure la présence d'une tumeur maligne quelconque dans le genre du cancer.

Ainsi, les traits caractéristiques du processus qui se déroule dans l'organisme de notre malade, c'est une tendance de former des intumescences diffuses et scléreuses dans les organes parenchymateux avec évolution très lente et une non-sensibilité de ces tumeurs. Quant à la marche consécutive de ces intumescences, vous la comprendrez aisément si vous voulez bien vous rappeler de ce qui a été dit plus haut au sujet des tumeurs de la peau. Pour compléter l'analyse de notre processus, je crois nécessaire de vous faire remarquer encore une de ses particularités, c'est qu'il se manifeste sous forme de paroxysmes irréguliers; entre ces accès, il y a des espaces de temps où le processus arrête sa marche. Ce sont de vrais *intervalla lucida* qui sont suivis de nouvelles affections. Ainsi, à 20 ans, notre malade eut une tumeur sur le front, des maux de tête, *dolores osteocopes*, après cela, accalmie de deux ans ; après, affection de la peau des régions lombaire et de l'omoplate, de nouveau

accalmie, et ce n'est que 8 ans après que le malade remarqua l'intumescence du testicule. Tout ce qui vient d'être dit nous permet de reconnaître dans ce processus la syphilis. De ce point de vue, toute la maladie jusque dans ses plus petits détails nous apparaît claire. En effet, il est difficile de décrire plus fidèlement la marche clinique de la syphilis noduleuse (*luxus syphiliticus*) que ne l'a fait notre malade. On dirait que sa description est tirée d'un traité de syphilidologie. Les douleurs nocturnes (*dolores osteocopi*) dont a souffert notre malade, elles sont aussi caractéristiques pour la syphilis. Enfin, les intumescences du foie et du testicule sont un si vrai *argumentum pathognomonadum* qu'il est impossible de se tromper dans la nature de la maladie. Virchow, dans son livre sur la syphilis dit : « L'affection syphilitique du foie offre une complète analogie avec l'affection syphilitique du testicule. » (*La Syph. Constit.*, p. 78).

En effet, à l'insu de l'anatomie pathologique, cette analogie apparait déjà au cours d'un examen bien plus superficiel ; c'est la même augmentation de volume des deux organes, c'est la même consistance qui rappelle celle des cartilages, c'est la même non-sensibilité qui arrêtent involontairement l'attention de l'investigateur. Quant à l'affection syphilitique des reins, d'après Virchow, c'est sous la forme de *Nephritis interstitialis* qu'elle se manifeste par foyers. Il est rare de rencontrer des affections diffuses. Ce processus à foyers produit des indurations dans les reins, une dégénérescence des épithéliums des tubes urinifères et, définitivement, une atrophie du tissu affecté. C'est pourquoi l'examen microscopique de l'urine nous montre des éléments morphologiques en masse, tandis que relativement l'urine contient peu d'albumine. C'est aussi grâce à cette affection toute particulière des reins que notre malade n'est pas atteint d'anasarca.

Une analyse attentive des faits nous a amené à la conclusion que nous avions à faire, dans notre cas, à de la syphilis *visceralis*. Ici surgit la question : quel est le sort de notre malade? Pouvons-nous rétablir sa santé ébranlée? ou peut être la maladie profondément enracinée et ayant pris siège dans des organes si importants pour la vie, ne cédera pas à notre traitement et le malade atteint de marasme doit s'attendre à en mourir ; en d'autres mots, quel pronostic avons-nous dans notre cas? Le processus viscéral est une maladie sérieuse, et c'est pourquoi son pronostic est aussi toujours grave. Sa localisation dans les organes importants y peut amener des lésions qui deviennent fatales pour la vie du malade. Ainsi, je me rappelle d'un cas, ou les gommes, s'étant localisées dans les parois du cœur et les ayant atrophiées, provoquèrent un anévrisme du cœur qui, de son côté, occasiona la mort du malade. Les conséquences sont aussi très graves dans le cas où la syphilis se porte sur le système nerveux central, surtout s'il y a affection des centres respiratoires. Mais, si nous laissons de côté ces éventualités, le pronostic devient plus favorable. Quoiqu'en cas de syphilis *visceralis* il y ait affection d'organes parenchymateux importants, une thérapeutique spécifique et bien ordonnée peut rendre de grands services. J'espère que dans notre cas vous pourrez vous en convaincre. Les remèdes contre la syphilis, vous les connaissez, c'est le mercure et l'iode. Ces deux substances sont d'une efficacité égale, mais il existe pour chacune d'elles des indications spéciales. Dans les cas récents de syphilis, c'est le mercure qui est préférable ; dans les cas plus anciens, il faut employer l'iode (en cas d'accidents tertiaires). De savants cliniciens proposent un traitement mêlé, c'est-à-dire l'emploi simultané du mercure et de l'iode dans les cas ou un de ces remèdes par lui-même agit peu ou agit lentement. J'ai eu maintes fois l'occasion de me convaincre de l'efficacité de ce conseil. Dans notre cas aussi, nous allons employer cette méthode, nous donnerons à prendre à notre malade de l'iodate de potassium et nous lui prescrirons des frictions de *sapo mercurialis valinus* (3, 7 grammes par jour). Déjà, dans le courant de deux semaines, vous verrez les résultats favorables de ce traitement, mais une guérison complète de la maladie demandera l'emploi incessant des substances susdites pendant des mois entiers. Pour le moment, laissons le malade suivre son traitement et occupons-nous de la question suivante : Comment notre malade a-t-il gagné la syphilis ? Quoique cette question ne soit pas directement en rapport pratique avec notre cas et qu'elle entre plutôt dans le domaine de la théorie, je crois utile de l'examiner aussi. Notre malade ne sait rien sur la provenance de la syphilis chez lui ; les affections de la peau, d'après lui, ne sont pas de provenance syphilitique. Il nie une communication du virus syphilitique *per coïtum* et, en effet, l'examen le plus minutieux de ses organes génitaux et des glandes lymphatiques ne nous permet pas de douter de ses assertions.

Il faut croire que nous avons devant nous un cas de « *syphilis insontium* », ou la maladie se communique par cohabitation dans une même famille, avec une personne infectée et par l'emploi commun avec cette personne d'objets familiers comme verres, cuillers, etc. D'après ce qui m'a été dit par plusieurs médecins du zemstwo, ce mode de communication et de propagation de la syphilis n'est pas rare dans nos villages. Des familles entières sont infectées de cette manière. Mais, d'après le dire de notre malade, tous les membres de sa famille sont bien portants et n'ont jamais été malades. Ainsi, il est difficile d'expliquer la provenance de sa maladie de cette manière. Essayons de voir si l'hérédité, qui est une cause si fréquente de la syphilis, ne joue pas un rôle quelconque dans notre cas. Nous savons que la syphilis héréditaire se manifeste ou dans le courant des premiers mois de la vie, ou alors il se passe des années entières avant que la syphilis ne se montre ; dans ces derniers cas, les premiers symptômes de la maladie ne se manifestent que dans la période de puberté ou même plus tard. C'est la syphilis *hereditaria tarda*. Elle apparaît principalement sous forme de tumeurs gommeuses, d'indurations scléreuses du testicule, du foie, etc. La maladie de notre patient se rapproche le plus de cette syphilis. Mais il y a une difficulté très sérieuse qui nous empêche de la prendre pour telle ; c'est que dans les cas de syphilis *hereditaria tarda* tous les malades sont atteints de cachexie très prononcée, sont maladifs et mal développés au physique.

Quant à notre malade, nous l'avons déjà dit, c'est un vrai athlète. Ainsi, l'hérédité ne nous avance pas non plus à grand chose. Il est évident que notre cas doit être rangé parmi ceux, où la provenance de la syphilis est un mystère impénétrable. De pareils cas sont loin d'être rares et démontrent que les moyens par lesquels la syphilis s'introduit dans les familles sont très variés, et c'est pourquoi ils ne sont pas tous connus. Je me souviens d'une famille, composée des père et mère et d'une jeune fille de 13 ans. Cette dernière avait des accidents tertiaires, malgré que ni son père, ni sa mère n'avaient jamais eu de syphilis et qu'elle avait été nourrie par sa mère. Les parents n'étaient pas en état d'expliquer d'une

manière quelconque la provenance de la maladie chez leur fille. Je ne veux pas finir ma conférence sans examiner la question de l'importance de la vaccination dans le fait de la propagation de la syphilis.

Il y a déjà longtemps que quelques auteurs ont émis dans la littérature médicale l'opinion que par la vaccination on pouvait communiquer la syphilis, mais on ne fit pas attention à cette opinion vu qu'il n'y avait pas de faits bien établis. L'épidémie syphilitique des enfants, en 1861, à Rivalta, en Italie, bien connue, du reste, se produisit par une vaccination malheureuse ; ceci est un fait incontestable. Ensuite le cas où la syphilis fut communiquée à une femme par vaccination et qui eut lieu dans la clinique du professeur Troussoau souleva de nouveau la question de la communication de la syphilis par vaccination. Cette question fut soumise à un examen scientifique très sérieux. Il fallait savoir avant tout si la lymphe vaccinale ne prenait pas un caractère hébride après avoir été prise chez un individu malade de quelque autre maladie contagieuse ; en d'autres mots, si une telle lymphe, après inoculation, ne pouvait pas provoquer deux infections à la fois ? Nous trouvons une réponse à cette question dans les expériences de Fauper, qui furent faites encore en 1846. Ce savant inocula du vaccin pris chez des individus atteints de rougeole, scarlatine et même de syphilis, et ce vaccin ne communiqua jamais rien d'autre que le vaccin. Gallard, dans sa conférence sur le vaccin, raconte le fait suivant : un interne d'hôpital, qu'il connaissait, recueillait pour un but scientifique, de la lymphe vaccinale chez des syphilitiques, et, en attendant, gardait les tubes avec cette lymphe dans sa chambre. Un de ces camarades, qui avait justement besoin de vaccin, vint chez lui, et, ne le trouvant pas à la maison, et ne se doutant de rien, prit les tubes et inocula la lymphe à dix individus. Le lendemain la chose fut éclaircie, les individus inoculés furent soumis à une surveillance très sérieuse pendant très longtemps, mais aucun d'eux n'eut la syphilis. Les faits que je viens de vous raconter sont assez convainquants pour ôter de la vaccination la responsabilité dans le fait de la propagation syphilitique. Mais, d'un autre côté, il y a des faits, et il n'y en a pas peu, qui démontrent indubitablement la possibilité de communiquer la syphilis par vaccination (l'épidémie syphilitique de Rivalta). Viennois explique cette contradiction de la manière suivante : la lymphe, qui ne contient pas de sang, ne communique pas la syphilis, même si elle est prise chez un syphilitique. De cette manière, ce n'est pas la lymphe par elle-même, mais c'est le sang mêlé par accident à la lymphe qui est la cause de l'infection syphilitique. Jusqu'à présent, cette manière de voir est la plus répandue dans la science. Ici n'est pas l'endroit pour critiquer l'explication donnée par Viennois, mais je ne peux pas m'empêcher d'ajouter qu'un examen sérieux des faits oblige à douter de sa certitude absolue. Ce qui a pour nous un grand intérêt, c'est la possibilité d'infection syphilitique par vaccination. Peut-être bien que notre cas, comme bien d'autres cas mystérieux de syphilis, se rapportent à cette catégorie.

Messieurs, le triste fait que la syphilis se propage toujours davantage dans notre patrie est un fait bien constaté. Des villages entiers sont infectés. Il serait d'une grande importance de connaître la part que prend la vaccination dans cette propagation du virus ; il faut s'attendre à une participation peu minime, vu que tout récemment encore la vaccination était entre des mains absolument ignares. Après tout ce que je viens de vous dire, je ne crois pas nécessaire d'insister plus longtemps sur l'importance de cette question. Cette importance est évidente pour chacun de vous. Pour finir, il ne me reste plus qu'à exprimer le désir que, dans le futur, vous accordiez à cette question l'attention qu'elle mérite.

Remarque. Le malade est resté à la Clinique près d'un mois. Sous l'influence du traitement spécifique, l'induration du foie, du testicule et la quantité d'albumine dans l'urine diminuèrent. Mais pour causes de famille le malade quitta la Clinique, voulant continuer le traitement à la maison.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Tubage du larynx.

Le tubage du larynx est une opération qui a pour but de dilater et de maintenir ouvert le larynx sténosé. Depuis quelque temps les médecins américains pratiquent cette opération qu'ils semblent préférer à la trachéotomie. Le tubage du larynx a des origines purement françaises : Loiseau imagina un anneau laryngien, qui fut employé par Gros et par Weinlechner (de Vienne). En 1858, M. Bouchut fit à l'Académie de médecine une communication sur le tubage de la glotte et démontra, en se basant sur deux intéressantes observations, que l'on peut dilater le larynx, en introduisant dans la glotte des viroles que l'on laisse à demeure ; on peut ainsi combattre, sans trachéotomie, l'asphyxie du croup.

Les instruments employés par M. Bouchut sont des viroles cylindriques, en argent, longues de deux centimètres, droites, terminées en haut par deux bourrelets distants de 6 millimètres et présentant à ce niveau un pertuis, dans lequel passe un fil de soie destiné à fixer la virole au dehors. Pour introduire ces viroles dans la glotte, on les fait glisser autour d'une sonde d'homme, préalablement poussée dans le larynx ; elles viennent se placer dans l'orifice glottique même et les cordes vocales inférieures se trouvent comprises entre les bourrelets que ces canules présentent.

Chez le premier malade, auquel M. Bouchut pratiqua le tubage du larynx (petite fille de 5 ans et demi), l'opération se fit facilement et amena un prompt soulagement. Dans le second cas, les manœuvres furent plus difficiles ; la virole fut d'abord introduite dans l'arrière-bouche et ressortit du larynx, où on l'avait placée ; une seconde tentative fut plus heureuse et améliora rapidement l'état du jeune malade.

La communication de M. Bouchut fut l'objet d'un rapport de la part de Trousseau qui combattit très vivement les conclusions de l'auteur. Il s'ensuivit une très vive discussion à laquelle prirent part Cloquet, Piorry et surtout Malgaigne qui prit assez vivement la défense du tubage de la glotte. Malgré cela le procédé ne trouva pas de partisans. C'est donc au bout de près de trente ans que nous voyons préconiser de nouveau le procédé, non plus en France, mais par les médecins américains (1).

(1) La communication de M. Bouchut fut l'objet de vives discussions dans la presse. Voir surtout : *Le Progrès, journal des sciences et de la profession médicale*, par L. Fleury, 1858, p. 370, 399, 448, 535, 553, 559, 562 et 589.

L'opération, telle qu'on la pratique en Amérique, est la même en principe que celle de M. Bouchut, dont elle ne diffère que par l'instrumentation et le manuel opératoire.

M. O'Dwyer emploie des tubes de 4 cent., 5 à 6 cent., 5 de longueur et de 0 cent. 25 à 0 cent. 50 de diamètre; ces tubes sont terminés par une extrémité renflée, en forme de tête et percée d'un orifice; ici encore un fil de soie fixe le tube au dehors. Une pince, à mors larges et aplatis, saisit le tube et sert à l'introduire dans le larynx en même temps qu'elle dilate la glotte. Cette introduction s'opère en relevant l'épiglotte avec l'index de la main gauche et en guidant la pince sur son doigt.

D'après M. O'Dwyer, l'extrémité inférieure de la canule repose sur les fausses cordes vocales et arrive rarement dans la glotte, ce qui est en contradiction avec ce qu'a observé dans ses expériences, sur des individus sains, le professeur Stoerck, de Vienne. Pour cet auteur, le tube reposerait, en effet, sur les vraies cordes vocales. Tel est rapidement résumée l'opération que l'on essaye en Amérique de substituer à la trachéotomie. Avant de porter sur elle un jugement, examinons les avantages et les inconvénients qu'elle présente.

Nous avons vu que l'introduction du tube n'est pas toujours très facile. Souvent, en effet, il va dans l'œsophage; lorsque l'appareil est en place, il provoque parfois une toux qui le rejette à l'extérieur. C'est ce qui eut lieu dans une observation de M. Henry D. Ingraham (*The Buffalo Med. and Surg. Journ.* octobre 86), que nous allons résumer brièvement : Un enfant de quatre ans subit le tubage du larynx pour un croup grave; le tube est immédiatement rejeté par des efforts de toux; on le réintroduit et au bout de trois heures il est rejeté de nouveau. Nouvelle introduction, nouvelle expulsion et nouveau tubage, qui est enfin supporté.

L'auteur attribue ces accidents au trop petit calibre du tube employé. Quoi qu'il en soit, nous nous demandons s'il n'est pas imprudent de pratiquer le tubage sur des malades qui ne sont pas constamment soumis à la surveillance d'un médecin, puisque, d'un instant à l'autre, le tube peut être chassé, ce qui est d'autant plus probable que la toux succède presque toujours immédiatement à l'opération.

Dans les cas où le tubage est bien supporté, la canule produit dans son voisinage de petites ulcérations. Quelquefois le tube a été avalé par les malades, et, dans un cas, on l'a trouvé, à l'autopsie, dans l'estomac. Enfin on peut éprouver de sérieuses difficultés lorsque l'on veut retirer la canule.

A côté des inconvénients que nous venons de mentionner, le tubage produit parfois de très bons résultats, et, dans une autre observation de M. Ingraham, une enfant de six ans, mourante, fut soulagée « comme par magie », après l'introduction du tube de O'Dwyer : « Je n'ai jamais vu, dit l'auteur, dans ma pratique de vingt ans, un soulagement aussi prompt et complet que celui donné à ce patient par ce tube ».

Dans une observation du Dr Homère O Bater, de Chicago (*The med. Record*, New-York, 18 décembre 1886), un enfant de 9 mois, livide, asphyxiant, fut opéré par le Dr Waxham; un soulagement immédiat se produisit, la respiration devint facile et le malade s'endormit.

En se basant sur un grand nombre d'observations analogues, les médecins américains en arrivent à dire que l'intubation doit être faite chaque fois que la trachéotomie est indiquée, qu'elle soulage plus que toutes les autres opérations et que la seule objection dont elle soit passible est la difficulté d'introduction du tube. Les fausses membranes seraient aussi bien rejetées que dans la trachéotomie, ce que ne semble pas appuyer la seconde observation de M. Bouchut, car, dans ce cas, on dut trachéotomiser un enfant déjà tubé et dont la virole était libre.

Les statistiques ne sont pas plus favorables en faveur du tubage qu'en faveur de la trachéotomie. Le Dr Waxham, dans un rapport à la *Société médicale* de Chicago, cite 83 cas d'intubations pratiquées sur des enfants de 9 mois à 11 ans, dont 20 étaient moribonds et 40 gravement atteints : Il y eut 23 guérisons, soit 27,71 0/0. Dans tous les cas, les fausses membranes furent expulsées. Il rapporte ensuite 306 cas de trachéotomies avec 58 guérisons, soit 18,95 0/0. Le Dr Northrump (*New-York medical Record*, n° 1, 1887) rapporte 165 cas d'intubations, ayant donné 28,5 0/0 de guérisons et ayant tous été suivis d'amélioration de la respiration.

Ces statistiques ne sont pas, malgré les quelques progrès que l'on a pu faire, pendant ces dernières années, dans le traitement de la diphtérie notablement meilleures que celles qu'obtenait Trousseau, en 1858, pour ses trachéotomies, car il avait 25 0/0 de guérisons. Ce chiffre de 25 0/0 est aussi celui que trouvait, en 1883, le Dr Salis-Cohen (de Philadelphie), dans un relevé de 5.000 cas de trachéotomies; sur 1.000 cas, M. Jacobi (de New-York), trouve plus de 25 0/0 de guérisons.

Si nous rapprochons les nombres qui précèdent de ceux de M. Waxham (19 0/0), nous ne pouvons nous défendre d'un certain étonnement. Si nous considérons que sa statistique ne porte que sur 306 cas, tandis que celles de MM. Jacobi, A. Salis-Cohen portent sur 6.000; nous n'hésitons pas à accorder plus de confiance à ces dernières et à admettre que la mortalité n'est pas sensiblement différente pour le tubage et pour la trachéotomie.

Les partisans de l'intubation eux-mêmes nous disent que cette opération est difficile; elle ne donne pas une grande sécurité au médecin, puisque lorsqu'il a quitté son malade le tube peut être rejeté ou obstrué. Dans ce dernier cas, l'on est obligé de pratiquer un nouveau tubage, tandis qu'avec la trachéotomie il est toujours facile de nettoyer la canule. Nous ne ferons que rappeler ici les autres accidents que nous avons signalés chemin faisant, et nous conclurons en disant que, jusqu'à nouvel ordre, l'intubation ne semble pas présenter, sur la trachéotomie, d'avantages assez sérieux pour lui être préférée. Pourtant elle peut comporter des indications spéciales et quelques avantages particuliers; aussi, dans un prochain article, reviendrons-nous sur cette question.

M. Isch-Wall.

De l'hospitalisation des vénériens en province

L'article que nous avons consacré à l'assistance des malades des deux sexes atteints de maladies vénériennes (nº 12 du *Progrès médical*, p. 232) a été, comme nos lecteurs l'ont vu (nº 16, p. 312), l'objet de remarques, un peu superficielles, de la part de la *Province médicale* qui, d'ailleurs, a déplacé la question et n'a pas contesté l'exactitude de nos renseignements. Le même article a été l'occasion d'un *Bulletin* très intéressant, que nous reproduisons plus loin (p. 367) presque intégralement, de la part de la *Loire médicale*. Laissant de côté quelques critiques de détails à l'adresse du *Progrès médical*, et ne nous en tenant qu'au fond même de l'article, nous ferons remarquer que notre confrère fournit un nouvel exemple de l'état déplorable de l'*Assistance publique en ce qui concerne les vénériens et les vénériennes* et insiste avec nous sur la nécessité d'une réforme complète. Nous remercions la *Loire médicale* de l'appui qu'elle a bien voulu donner à la cause que nous défendons.

Assistance publique : Bureau central.

Dans sa séance du 8 juillet 1886, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, après une discussion motivée par un mémoire de l'Administration, suivi d'un rapport de M. Nicaise, a émis l'avis ci-après :

« Le Conseil : — Vu le mémoire de M. le Directeur de l'Administration relatif à la modification de l'article du Règlement sur le service de santé en ce qui concerne la fixation de la durée des fonctions des membres du Bureau central ; — Vu le rapport de la Commission du Conseil chargée de l'examen de cette question ;

Vu le règlement sur le service de santé ; Emet l'avis : Qu'il y a lieu :

Article premier. — De modifier l'article 22 du règlement sur le service de santé, portant que « Les membres du Bureau central sont nommés pour cinq ans », ainsi qu'il suit : « Les membres du Bureau central restent en fonctions jusqu'à ce que des vacances soient déclarées parmi les titulaires des services hospitaliers ».

Art. 2. — De porter à 16 le nombre des chirurgiens du Bureau central.

Art. 3. — De remanier certains services de chirurgie sans que le nombre des lits puisse être réduit au dessous de 60.

Art. 4. — De créer un nouveau service de chirurgie dans chacun des deux hôpitaux d'enfants.

Art. 5. — De créer un nouveau service pour les maladies des yeux et des oreilles.

Cet avis a été approuvé par l'Administration qui a pris, à une date que nous ignorons, un arrêté conforme. Or, cet arrêté est resté ignoré jusque dans ces derniers temps, alors qu'il aurait dû être communiqué au moins à la presse médicale, et partant, porté à la connaissance de tous les intéressés. Il en est résulté que, au moment de s'inscrire, pour le concours qui doit avoir lieu au commencement du mois de juin, les candidats ont été désagréablement impressionnés en apprenant que l'Administration avait pris de nouvelles mesures qui leur sont tout à fait préjudiciables.

Des modifications de ce genre devraient être annoncées d'avance et ne pas avoir d'effet rétroactif. Les jeunes médecins qui s'engagent dans la voie des concours, s'y préparent longtemps d'avance et dans des conditions fixées par l'Administration elle-même. Il y a entre eux et l'Administration une sorte de contrat moral. Que l'Administration modifie, pour l'avenir, à partir d'une date convenable, les conditions et les avantages de ses concours, cela se conçoit; mais que ces modifications soient faites du jour au lendemain, voilà ce qui blesse la justice.

Cet exemple s'ajoute à deux autres de date récente et non moins contraires à l'équité. Nous voulons parler des modifications apportées à la situation des agrégés et des étudiants en médecine. Si les nécessités budgétaires rendaient ces modifications indispensables, elles n'auraient dû frapper ni les agrégés qui avaient subi le concours dans des conditions bien déterminées, ni les étudiants qui s'étaient engagés, dans des conditions posées par le gouvernement, à faire des études longues et laborieuses. Ce qui aurait été équitable, c'eût été de dire que, à partir du 1er novembre 1887, par exemple, les nouveaux étudiants auraient à payer leurs frais d'inscription et que les futurs concurrents pour l'agrégation n'auraient plus qu'un traitement réduit. Non moins nécessaire était un avis du même genre pour l'affaire de ce jour. De la sorte on aurait évité des plaintes qui ne sont que trop justifiées et on aurait agi honnêtement.

Association générale des médecins de France.

La vingt-huitième Assemblée générale des membres de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a eu lieu le dimanche 17 avril et le lundi 18, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. H. Roger. Dans la première séance (celle du dimanche 17 avril), M. le président a fait l'éloge de M. Gallard, membre du conseil général de l'Association, puis rappelé que l'Association avait dû s'occuper, cette année, d'une question très importante, la loi relative à l'exercice de la médecine. M. Roger termine en remerciant les personnes qui ont fait l'année dernière des dons à l'Association.

M. Brun, trésorier, expose l'état des finances de l'Association générale qui a une situation des plus prospères. Voici les chiffres pour 1886 : Capitaux de la caisse générale, 88.333 fr. 53 c. ; caisse des pensions viagères, 1.019.557 fr. 06 c.; société centrale et sociétés locales, 892.846 fr. 84 c. Total, 2.000.741 fr. 43 c. Il faut ajouter 200.000 fr. environ représentant les rentes du capital supposé placé à 4 0/0, ce qui constitue un capital général de *deux millions deux cent vingt mille francs* environ.

M. Foville, secrétaire général, a pris ensuite la parole pour rappeler les morts de l'année 1886. Rien de notable n'a eu lieu au sein de la Société. — M. Bucquoy a lu un rapport sur les pensions viagères pour l'exercice de 1887. — Le soir, banquet à l'hôtel Continental, où de nombreux toasts ont été portés.

Dans la séance du lundi 18 avril, M. Riant a exposé le projet de loi sur l'exercice de la médecine, dont on s'occupe tant actuellement. Puis on a délibéré sur les vœux émis par les différentes sociétés locales : Nombre de voix des délégués (Société de la Haute-Loire); Lieu de réunion de l'Association (Société de l'Oise); Date de la réunion (Société du Cher); Caisse de retraite et fondation à Tifaza (Algérie), d'un asile pour les médecins (Société d'Alger). Au cours des deux séances, on a procédé à plusieurs élections (membres du conseil, membres honoraires.)

Nouvel hôpital maritime pour les enfants scrofuleux.

A la suite d'un rapport de M. Chautemps, le Conseil municipal a voté un projet de délibération ainsi conçu :

« L'administration est invitée à présenter les devis nécessaires à la création de 366 lits nouveaux à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer. — La dépense sera imputée sur la subvention extraordinaire de 10 millions à provenir des fonds d'emprunt. — L'administration est invitée à soumettre au Conseil municipal le résultat des études et de l'enquête de l'Assistance publique sur la création de stations maritimes ou terrestres pour les enfants malades ou convalescents. »

Nous reviendrons dans un prochain numéro sur cette question d'un si grand intérêt au point de vue du traitement des maladies scrofuleuses de l'enfance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 *avril* 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. le Président souhaite la bienvenue aux membres de la Conférence internationale de photographie céleste qui assistent à la séance. M. Struve, au nom des membres présents, remercie l'Académie de l'accueil qui leur est fait.

M. Germain Sée lit un mémoire sur l'action de l'*antipyrine contre la douleur*. La propriété hypothermique de ce médicament ne présente plus aujourd'hui qu'un intérêt secondaire en regard des effets remarquables qu'il produit sur l'élément douleur. Dans les accès de goutte aiguë ou chronique, dans les attaques de rhumatisme lent, la douleur disparaît rapidement sous l'influence de 4 gr. à 6 gr. d'antipyrine administrés chaque jour pendant une semaine. Mais c'est surtout dans les troubles nerveux de la sensibilité que l'antipyrine produit ce maximum d'action : les névralgies faciales, les migraines cèdent facilement à son emploi. Les douleurs fulgurantes du début de l'ataxie locomotrice sont calmées par l'antipyrine au moins aussi bien que par l'acétanilide : la première de ces substances a sur la seconde l'avantage d'être d'un maniement plus facile et moins dangereux. Les douleurs angoissantes des maladies du cœur, de l'aorte et des artères cardiaques cèdent sous l'influence de 4 à 6 gr. d'antipyrine. Ce précieux médicament doit toujours être administré par doses de 1 gr., à une ou trois heures d'intervalle, dans un demi-verre d'eau glacée. L'inconvénient le plus sérieux de son emploi consiste dans une éruption semblable à celle de la scarlatine, mais qui disparaît facilement. Les expériences faites par M. Gley sur les animaux montrent que l'antipyrine produit une véritable analgésie dans le membre où elle a été injectée : elle paraît agir sur les terminaisons des nerfs. Quoi qu'il en soit, l'antipyrine est un des médicaments les plus efficaces et les plus inoffensifs contre la douleur.

M. J. Steiner adresse une note sur *la fonction des canaux semi-circulaires*. Il ne croit pas que les sensations par lesquelles nous sommes mis en état de nous orienter dans l'espace soient transmises par ces organes ; en enlevant chez les squales tous les canaux avec leurs ampoules, on ne provoque aucun trouble dans les mouvements de ces animaux.

M. E. Rivière décrit une *station humaine de l'âge de la pierre* découverte à Chaville. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 *avril* 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Brown-Séquard, rappelant ses expériences antérieures sur l'hémisection de la moelle, dit que les transmissions sensitives peuvent encore s'effectuer après une section complète de cet organe pourvu que cette section soit faite en deux points différents. La transmission s'effectue par suite d'un véritable travail psychologique, car il y a dans la moelle comme dans le cerveau de véritables centres intellectuels et la conservation de quelques fibres suffit pour assurer le passage du courant.

M. Dumontpallier dit qu'il a guéri des névralgies intercostales en faisant des pulvérisations d'éther sur le côté opposé; il existe donc là une véritable action inhibitoire du dynamo-génique.

M. Brown-Séquard répond qu'il est heureux de voir les faits cliniques venir à l'appui de sa théorie.

M. Dastre désirerait que M. Brown-Séquard, qui a tant fait pour la théorie de l'inhibition, voulut bien indiquer le chemin qu'elle suit, son point de départ et son point d'arrivée.

M. Brown-Séquard dit qu'il n'y a pas de chemin particulier pour l'inhibition; en résumé, dans le système nerveux tout communique et tout peut agir sur tout.

M. Laborde rapproche de la théorie de la dynamogénie certains faits de sutures nerveuses à la suite de sections traumatiques.

M. Brown-Séquard répond que l'irritation des nerfs sensitifs au niveau de la plaie amène des changements dans la sensibilité des parties innervées. De même les chirurgiens qui ouvrent le crâne pour aller à la recherche de tumeurs qu'ils supposent occasionner des accidents épileptiques devraient s'arrêter à la suite de l'incision des téguments; chez les cobayes, en effet, on guérit l'épilepsie par des sections sur la zone épileptogène ou même sur les points qui sont le siège de l'aura.

M. Laborde a déterminé par des excitations mécaniques ou des piqûres l'existence dans le bulbe, sous le plancher du 4e ventricule, d'un noyau d'où partent les fibres motrices ou cardiaques du pneumogastrique. En piquant ce point on provoque l'arrêt momentané, diastolique, primitif des mouvements du cœur sans que les mouvements thoraciques respiratoires soient en même temps suspendus. Le point précis qu'ont permis de fixer les expériences est situé en dessus et au delà de colonnes de substance grise sur le trajet des fibres et du noyau restiformes non loin de la couronne radiculaire du noyau sensitif du trijumeau.

M. M. Duval demande combien de temps persiste l'arrêt du cœur.

M. Laborde. L'arrêt est court, mais suffisant pour être enregistré par le cardiographe.

M. Ch. Féré a observé une femme singulièrement sujette aux manifestations nerveuses. Elle eut un accès de folie à la suite d'une fracture de jambe; pendant la convalescence il se produisit une paralysie radiale conjonctive à la compression des béquilles, enfin conjonctivement à une révulsion dentaire est apparu un spasme des muscles amenés par l'hypoglosse. La mâchoire inférieure s'abaisse fortement, la bouche est largement ouverte ; en même temps la langue est projetée en avant avec violence ; le dentier que porte la malade est lancé au loin, au moment de l'ouverture de la bouche, par la projection de la langue.

M. Charrin présente à la Société un lapin atteint d'une *paraplégie infectieuse expérimentale*. Cette paralysie porte à la fois sur le mouvement et sur la sensibilité au moins à la piqûre ; les réflexes tendineux sont surmenés, les muscles des membres postérieurs atrophiés ; il y a de la rétention d'urine. Cette paralysie a été obtenue en injectant dans les veines de l'oreille, à intervalles séparés et à très faibles doses, quelques gouttes de culture du bacille de Gessard. Peut-être d'autres microbes peuvent-ils donner des résultats analogues mais, dans le cas actuel, un examen minutieux a permis de déterminer que la paralysie était bien due au bacille incriminé. Il faut reconnaître aussi qu'il est exceptionnel de voir les troubles moteurs atteindre une telle intensité ; pour que la paralysie s'établisse il est nécessaire que la scarie ait une assez longue durée.

M. Variot a observé dans le service de M. Grancher un enfant atteint d'une monstruosité rare : la *mélanodermie congénitale*. Presque toute la peau du tronc était brun-chocolat ; celle du visage et des membres était blanche. Le père et la mère étaient blancs et on eut tout lieu de supposer que la mère n'avait pas eu des rapports sexuels avec un nègre. Sur un segment de la peau examiné au microscope les altérations siégeaient dans la couche de Malpighi et dans le derme. Les deux ou trois rangées les plus profondes des cellules du stratum Malpighien étaient infiltrées de pigment noir sous forme de granulations extrêmement fines. La couche des cellules qui regarde l'épiderme était la plus pigmentée. Dans le derme, on trouvait des ilots de cellules complètement infiltrées de pigment. Des cellules isolées pigmentées étaient disséminées entre les faisceaux fibro-élastiques. Le pigment intra-cellulaire présentait les réactions du pigment choroïdien : résistance à l'acide sulfurique et décoloration par l'eau chlorée. Dans un cas de nævus pigmentaire circonscrit que M. Vaust a observé, les altérations étaient analogues à celles de la

négritie. Elles siégeaient dans l'épiderme et aussi dans le derme.

MM. Arthaud et Duprat envoient une note sur l'*innervation de la vessie.* La sensibilité de cet organe au contact serait nulle ou obtuse.

MM. Mairet et Combemale envoient une note sur les *effets physiologiques du bromhydrate d'hyoséine.* — M. Arthaud sur l'*emploi du sulfate d'indigo comme réactif de la myéline.* — M. Porak une rectification à la note de M. Engel et Kiener sur l'ictère hémaphéique ; — M. Thierry sur des faits tendant à prouver le bien fondé de la théorie du tétanos comparé comme maladie aiguë et contagieuse. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 *juillet* 1886. — Présidence de M. Cornil.

17. Idiotie complète symptomatique d'une encéphalite avec avec foyers de ramollissement; par Bourneville et Pilliet.

Les observations qui précèdent ont trait à des enfants frappés d'un arrêt de développement intellectuel allant de l'imbécillité à l'idiotie complète, reconnaissant pour cause anatomique une *méningite tuberculeuse*, une *méningo-encéphalite*, une *sclérose interstitielle diffuse*; l'observation suivante, curieuse à divers titres, va nous montrer des lésions aussi de nature inflammatoire, mais offrant des particularités que nous croyons encore peu connues.

Sommaire. — *Grand'mère paternelle rhumatisante et épileptique. — Grand'mère maternelle migraineuse. — Premières convulsions à trois mois.— Premières dents à deux ans. — Ophthalmie. — Rougeole. — Parole et marche nulles; gâtisme ; marche impossible ; grimaces; strabisme; balancement; tics multiples, etc. — Conjonctivite granuleuse*(1882).—*Pemphigus à petites bulles* (1883).— *Entérites. — Accidents méningitiques; affaiblissement progressif*; *mort.*

Autopsie. — Foyers petits et multiples de ramollissement de couleur ocreuse sur les circonvolutions ; lésions consécutives de la substance blanche ; lésions diffuses d'encéphalite chronique ; lésions de la substance grise et de la substance blanche de la moelle épinière.

P...., Jacques Henri, né à Paris, le 30 mars 1879, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville) le 19 septembre 1882.

Renseignements fournis par ses père et mère. Père, 31 ans, professeur de piano, petit, d'apparence délicate : ne tousse pas; intelligent; sobre; d'un caractère emporté ; n'est sujet ni aux migraines, ni à aucun accident nerveux; pas de dermatose. [*Père*, peintre en tableaux, sobre, mort d'une affection de poitrine vers 40 ans. — *Mère*, 60 ans, rhumatisante et sujette à des *crises nerveuses* que l'on croit être de l'*épilepsie*. Deux *sœurs*; l'une expatriée au Brésil; l'autre mariée, sans enfants, bien portante. Pas d'aliénés, pas d'autres épileptiques, de paralytiques, de nerveux, etc., dans le reste de la famille].

Mère, 28 ans, couturière; taille un peu au-dessous de la moyenne; constitution délicate et chétive ; physionomie agréable ; sobre, intelligente; pas de convulsions; de migraines ni d'attaques. [*Père*, tailleur, sobre, mort d'une pleurésie. — *Mère*, 55 ans, sujette à des *migraines*, avec vomissements, mais pas d'attaques ni d'accès. — Trois *frères*: l'un officier de marine, bien portant, ainsi que les deux autres (21 ans et 19 ans). — Une *sœur*, âgée de 16 ans, d'une bonne santé.— Pas de détails sur les *grands parents* paternels. — *Grand-père maternel* mort de vieillesse à 84 ans. *Grand'mère maternelle* morte asthmatique à 64 ans. — Pas d'aliénés, de nerveux, etc.].

Pas de consanguinité (père et mère de Paris).

3 enfants et une fausse-couche (en premier lieu) à 5 mois 1/2 à la suite d'un effort: 1° notre malade;— 2° un garçon mort en nourrice de cholérine; pas de convulsions ; — 3° une fille de 21 mois, bien portante, sans convulsions.

Notre malade. A la *conception*, le père et la mère étaient bien portants, n'avaient pas de chagrins, vivaient en bonne intelligence. — *Grossesse* bonne ; la mère a eu des envies de boire du vin, mais toujours dans des limites raisonnables. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, rapide. — A la *naissance*, rien de spécial, pas d'asphyxie ; c'était un bel enfant. — *Elevé* au biberon et au sein par cinq nourrices successivement jusqu'à 3 ans et demi, car il refusait de prendre d'autres aliments que du lait et des panades. — *A trois mois*, *convulsions* sur lesquelles on n'a pas eu de détails, toutefois on sait que leur durée n'aurait point dépassé 15 minutes. Il n'en n'aurait pas eu d'autres. Il ne marchait pas, se tenait à une chaise. A 2 ans et demi, repris chez ses parents, il a prononcé pendant un mois les mots : « papa » « maman »; et depuis, rien. Première dent seulement à deux ans ; elle a percé sans douleurs ni convulsions. L'enfant était d'un caractère très caressant, mais ne reconnaissait pas ses parents. Pas d'accès de colère ou de cris ni de grincements de dents; pas de bave ni de succion; pas d'onanisme; sommeil bon. — Pas de salacité; il ne se nourissait chez ses parents que de soupe; pas de vomissements ni de rumination. — Gâteux; constipation. P.... a eu en nourrice une ophthalmie double qui a duré un mois. Pas d'otite, de dartres, etc. — Rougeole à 2 ans et demi ; pas d'autres maladies de l'enfance. — Il passait son temps chez ses parents à jouer sur une chaise avec son biberon.

1882. *Etat à l'entrée.*—*Poids* 8 kilog. 500;—*taille*: 0m78. —Enfant maigre, chétif; ne parlant pas ; ne marchant pas; gâteux ; sans troubles prédominants d'un côté du corps.— *Traitement :* Sirop d'iodure de fer; sirop antiscorbutique; bains salés; exercices de marche.

24 *octobre*. Revacciné sans succès.

25 *octobre*. Conjonctivite granuleuse double intense ; la cornée est intacte. — *Traitement* : Solution de nitrate d'argent à $\frac{1}{50}$ en cautérisations.

25 *novembre*. Amélioration notable; on continue le nitrate d'argent.

30 *novembre*. L'enfant commence à marcher un peu.

1883. *Janvier. Poids* : 9 kil. 30 ; — *taille* : 0m,78 c.

18 *août*. Eruption bulleuse à contenu louche, les bulles de 2 à 4 mil. de diamètre siègent surtout : 1° en arrière entre les extrémités inférieures des omoplates, à la base du sacrum ; 2° sur l'épaule droite et le thorax. L'enfant est maussade et ne paraît pas souffrir localement.

20 *août*. L'éruption est en voie de dessication (1). La conjonctivite persiste mais très améliorée. L'enfant est gai ; quand on le tient par les mains, il fait des mouvements du tronc comme s'il voulait sauter. — On le renvoie à la petite école où il avait été envoyé dans le courant du mois de juin et qu'il avait quittée momentanément pour aller à l'infirmerie. Il marche encore avec une certaine difficulté. On est obligé de le faire manger en le prenant sur les genoux, car il ne sait se tenir à table. Il ne veut prendre que de la panade très claire, du lait, des œufs. Il ne prend des aliments que si on lui tient la tête renversée, et si on les lui donne par petites gorgées ; il les suce avant de les avaler. La parole est nulle, l'enfant ne reconnaît personne. Il a de nombreux *tics* : il saute, il tappe ses mains sur ses yeux, secoue fortement la tête ; il élève les bras et tourne vivement les mains ; il roule les yeux en haut et, en même temps qu'il exécute tous ses mouvements ; il plie et relève alternativement le corps et pousse de petits cris de joie.

8 *septembre*. P....., commence à manger des légumes, principalement des pommes de terre bien claires et bien écrasées; il mange un peu de pain émietté dans de la sauce. Il se tient assez bien sur une chaise. Il est plus gai et reconnaît un peu les personnes qui le soignent.

18 *septembre*. Depuis quelques jours, l'enfant est triste, ne veut pas se lever. Il est pâle, refuse toute autre nourriture que du lait, du bouillon et un peu de bagnols. Diar-

(1) Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois ce genre d'éruption (*pemphigus à petites bulles*) chez les enfants idiots.

rhée légère ; selles vertes très liquides. *Traitement* : eau de chaux ; lavements amidonnés et laudanisés ; bismuth.

21 *septembre*. La diarrhée a cessé, mais l'état général est le même. *Traitement* : Bagnols et poudre de viande, etc.

10 *novembre*. L'état de la dentition est le suivant : dents de lait, couvertes de tartre et de mucus ; gencives molles et fongueuses ; mouvements de la mâchoire libres.— L'enfant quitte l'infirmerie le 15 décembre et retourne à la petite école.

1884. *Janvier. Poids* : 10 kil. 60 ; — *taille* 0,82 c. — P.... cherche à prendre lui-même le gobelet et à boire seul. Il devient plus fort et sa marche est plus assurée. On lui a entendu prononcer deux fois le mot « maman. »

10 *mars-1er avril*. Séjour à l'infirmerie pour une *entérite*.

22 *juillet*. L'enfant sait courir maintenant ; il mange ; il fait de petites grimaces avec clignotement des yeux et strabisme. Pas de voracité ni de rumination ; il est diarrhéique de temps en temps ; gâteux. Balancement. Aime beaucoup la musique et la danse. — Pas d'onanisme. La verge est un peu longue ; le prépuce très large ; le gland découvrable ; les testicules du volume d'un haricot. — *Exeat* le 1er septembre.

Décembre. — L'enfant accepte à peu près tous les aliments. Il sait se servir maintenant de la cuiller et ne veut pas qu'on l'aide, trouvant que cela ne va pas assez vite. Il prend part aux exercices de la *petite gymnastique*. L'attention est toujours difficile à fixer. Le gâtisme persiste, mais P... reste mieux qu'autrefois sur le siège d'aisances.

1885. *Janvier. Poids* : 12 kil. 70 ; — *taille* 0,86 c.

4 *mars*. Depuis quelques jours un peu de bronchite et de diarrhée qui ont cessé en quelques jours. *Exeat* le 11 avril.

3 *octobre*. Tuméfaction des deux joues, surtout de la droite, mais sans rougeur ni chaleur appréciables ; pas de fièvre. Guéri le 10 octobre.

Décembre. L'appétit est exagéré et on doit surveiller attentivement l'enfant qui, sans cette précaution, mangerait outre mesure ; ses digestions sont bonnes et la diarrhée est moins fréquente depuis qu'il mange seul et de tout. Il a plus de connaissance ; il va seul au réfectoire, peut accompagner les autres enfants à la promenade. A la gymnastique, il exécute bien le mouvement *en avant*, mais il se retourne quand il s'agit d'aller *en arrière* ; il aime beaucoup la balançoire ; prend plaisir au concert et écoute.

1886. *Janvier. Poids* : 10 kil. ; *taille* 0,86 c.

Mai. La voracité et le gâtisme n'ont pas diminué. — L'attention est plus facile à fixer. Par exemple, lorsqu'on veut qu'il vous regarde, il suffit de lui tenir les mains, de bien le regarder et de dire plusieurs fois de suite : maman. Alors ses yeux se fixent sur ceux de la maîtresse et il se met à rire. Il comprend quand on l'appelle, il devient caressant. Il répète les airs des chansons qu'il a entendues et en le prenant sur les genoux on parvient à le faire chanter avec soi. A la classe, il se tient passablement sur le banc ; parfois il monte sur la table et chantonne. Il a appris et aime à brouetter et cherche à imiter ce qu'il voit faire aux autres, c'est ainsi qu'il *tourne* comme l'enfant Carter...

1er *juin*. Est envoyé à l'infirmerie parce qu'il ne mange pas ; est assoupi et a des *convulsions* et des soubresauts pendant son sommeil. — 2 *juin*. T. R. 37°,5. — *Soir* : 37°,6.

3 *juin*. L'enfant reste couché ; a l'air assez maussade et refuse toute nourriture solide. — La situation est à peu près la même les jours suivants ; la température reste normale jusqu'au 7 juin, ce jour-là on note une légère hypothermie (1) ; constipation marquée. *Traitement* : lavements nutritifs, lait, etc. — *Mort* le 8 *juin* à 11 heures 1/2 du matin : un quart d'heure après : T. R. 37°,3 ; une heure après : 36°,2 ; deux heures après : 35°. — *Poids* : 9 kil. 60.

Autopsie (9 juin). — Rigidité cadavérique persistant aux membres inférieurs.

Cou et thorax. Le *larynx et la trachée* n'offrent aucune lésion. — Le *thymus* persiste en partie. — *Corps thyroïde* normal. — *Poumons* sains (gauche 75 gr. ; droit, 80 gr.). *Péricarde* normal ; pas de liquide. — *Cœur* sain, trou de Botal oblitéré. — Le diaphragme remonte à droite au bord supérieur de la 4e côte ; à gauche, au bord inférieur de la même côte. — *Estomac*, vide, rien de particulier.

Abdomen. *Foie* (510 gr.). — *Pancréas* ; — *Reins* (45 gr. chacun) ; — *Rate* (30 gr.) ; — *Vessie*, pas de lésions. — *Testicules* très petits. *Intestins* un peu injectés ; hypertrophie des plaques de Peyer sans ulcérations ; tuméfaction légère des ganglions mésentériques (1).

Tête. Le *cuir chevelu* offre une épaisseur normale, pas d'ecchymoses. — *Base du crâne* symétrique. Les rochers sont inégalement avancés en ossification. — *Dure-mère* adhérente à la voûte crânienne, au niveau des sutures, les adhérences sont très prononcées et le décollement est à peu près impossible. Les *sinus* sont presque vides. — *Voûte crânienne* assez volumineuse, d'épaisseur moyenne ; sutures ossifiées. A l'ouverture du crâne, écoulement sanguin très peu abondant ; la quantité du *liquide céphalo-rachidien* n'est pas exagérée. — *Encéphale* (1.190 gr.).

Les différentes parties de la base de l'encéphale (artères, nerfs, etc.) sont symétriques. Sur la convexité des deux côtés, la *pie-mère* est épaissie, finement vascularisée, avec des taches laiteuses principalement au niveau de la scissure de Sylvius, du sillon de Rolando et des lobes frontaux. A la base, vascularisation générale très fine.

L'*hémisphère gauche* pèse 30 gr. de moins que le droit. Vu par la base, il paraît un peu plus court, surtout en arrière. La pie-mère s'enlève facilement à la surface interne. — Sur la face convexe, la pie-mère entraîne une partie de la substance grise qui se soulève par places comme une *paroi kystique affaissée* et plissée. A ce niveau, il existe autant de petits *foyers* de couleur jaune ocreuse, allongés, occupant le milieu d'une circonvolution, déprimés à leur centre, ayant de 5 à 15 m.m. dans leur plus grand diamètre. Ils ne semblent intéresser que la substance grise. Ils siègent sur la partie postérieure de la *seconde* et de la *troisième* frontale, sur l'insertion de la première frontale, à l'extrémité de la frontale ascendante ; sur la partie moyenne de la troisième frontale et sur le pli pariétal inférieur. Ils ont l'aspect de très petits foyers de ramollissement et semblent correspondre à une lésion plus avancée que l'état chagriné qui coexiste sur l'hémisphère.

Sur l'*hémisphère droit*, notons un aspect chagriné peu prononcé sur la circonvolution du corps calleux et sur la face convexe *six foyers* analogues à ceux du côté gauche, moins étendus, situés sur la partie moyenne des première et deuxième frontale et à l'extrémité inférieure de la frontale ascendante dont le pied offre sur une largeur de 5 à 6 millimètres un piqueté vasculaire très fin. Etat un peu chagriné de la frontale ascendante.

Cervelet et isthme (135 gr.). Les deux hémisphères cérébelleux sont égaux ; la décortication de la pie-mère s'opère avec facilité. — *Protubérance* et *bulbe*, rien.

Hémisphère droit. Face convexe. — La *première circonvolution frontale* envoie vers le milieu de sa longueur un pli de passage à la seconde ; au delà de ce pli de passage elle est interrompue par une incisure profonde ; ensuite, elle se dédouble légèrement et s'insère de niveau sur la frontale ascendante par une insertion très grêle, à 1 c. 1/2 au-dessous du bord supérieur de l'hémisphère, de telle sorte que, entre ce bord et l'insertion, il existe une incisure profonde. — La *seconde* est dédoublée dans ses deux tiers inférieurs, elle est très contournée dans son tiers postérieur

(1) Le 3 juin, matin : T. R. 37°,3 et le soir : 37°,6 ; le 4, matin : 37°,2 et le soir : 37°,6. — Le 5, matin : 37°,4 et le soir : 37°.2 ; — le 6, matin : 37°,2 et le soir : 37° ; — le 7, matin : 37° et le soir : 36°,8 ; — le 8, au matin : 36°,5. (L'urine n'a pu être recueillie en raison du gâtisme et on a omis de sonder l'enfant).

(1) Comme on le voit, les *troubles intestinaux*, observés à différentes reprises pendant la vie, n'ont pas déterminé de lésions bien prononcées de la muqueuse intestinale.

et s'insère de niveau sur la frontale ascendante. — La *troisième*, née du lobe orbitaire d'une forte anastomose avec la seconde, est irrégulièrement flexueuse et s'arrête au pied de la frontale ascendante dont elle est séparée par une incisure très longue et presque rectiligne. — Entre le sommet d'une flexuosité de la troisième frontale et au dessous de la base d'une des flexuosités de la deuxième frontale, il existe un creux d'un centimètre de diamètre qui se trouve comblé en partie par un mamelon sphérique dépendant de la deuxième circonvolution frontale. — La *frontale ascendante*, large à sa base, maigre dans son milieu et large en haut, est très flexueuse. — Sur tout le *lobe frontal*, indépendamment des *foyers* qui ont été signalés, on remarque des sillons transversaux nombreux et des dépressions légères qui donnent un aspect chagriné, marqué surtout à la partie inférieure du lobe frontal.

La *pariétale ascendante* est assez grêle à sa base, chagrinée et très flexueuse à sa portion supérieure. — Le *pli pariétal supérieur* est volumineux ; l'*inférieur* est, au contraire, assez peu développé. — Le *pli courbe* est assez gros, sinueux et doublé par une circonvolution très tortueuse, communiquant en haut avec le lobe pariétal supérieur, en arrière, avec le lobe occipital ; elle est séparée du *lobe temporal* par une incisure profonde.

La *première temporale*, assez maigre, flexueuse, envoie deux plis de passage au lobule de l'insula, elle est coupée par des sillons qui lui donnent un aspect mamelonné ; elle envoie aussi, en bas, deux plis de passage à la *deuxième temporale* qui est flexueuse, coupée de sillons, chagrinée dans toute son étendue, et projette deux plis de passage à la *troisième*. — Celle-ci est très sinueuse dans sa partie antérieure et communique avec la *quatrième temporale* par un pli de passage très étroit. — Le *lobule de l'insula* présente trois digitations saillantes. — Les circonvolutions du *lobe occipital* sont amaigries et tassées ; leurs sillons sont très profonds.

La *scissure de Sylvius*, le *sillon de Rolando* et tous les autres *sillons* sont assez marqués sur cette face, l'aspect *chagriné* assez prononcé sur le lobe temporal, l'est davantage et d'une façon typique sur le lobe occipital ; cet aspect est dû, on le sait, à des sillons superficiels à direction générale transverse qui s'entre-croisent, dessinant de petites figures quadrangulaires plus ou moins irrégulières. Rappelons aussi que quelques circonvolutions sont amaigries, mais inégalement, sur différents points.

Face interne. La *première circonvolution frontale* est sinueuse. — Le *lobule paracentral* est très irrégulier et présente un sillon en Y ; il se confond par sa partie moyenne avec la première circonvolution frontale. — Le *lobe carré* est très développé. — Le *coin* présente des circonvolutions amaigries et chagrinées. — Le *lobe occipital* est assez développé. — La *circonvolution du corps calleux* est flexueuse, surtout en arrière où elle a un aspect chagriné marqué. La circonvolution de l'hippocampe est un peu chagrinée et amaigrie par places.

Le *sillon calloso-marginal* est assez développé et assez large. La scissure perpendiculaire interne et la scissure calcarine sont profondes, mais tous les autres sillons de cette face sont, au contraire, superficiels, sauf sur la partie antérieure de la circonvolution frontale. — Le *ventricule latéral*, la *couche optique*, le *corps strié* et la *corne d'Ammon* paraissent normaux.

Lobe orbitaire. Les scissures sont peu profondes, les circonvolutions ont un léger aspect chagriné.

Hémisphère gauche, face convexe. — La *première circonvolution frontale*, simple à son origine, présente un premier pli supérieur qui va s'insérer sur la frontale ascendante dont il est séparé par un sillon léger, un second pli plus flexueux que le premier, qui s'insère aussi sur la frontale ascendante au-dessous du premier, un troisième en forme d'S, qui s'insère par un trajet rétrograde sur la *deuxième frontale*. — Celle-ci est contournée ; envoie un pli de passage irrégulier à la troisième et s'avance jusqu'au contact de la frontale ascendante, où elle cesse brusquement ; puis elle se relève pour s'insérer sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale*, semblable aux branches d'un N, est interrompue en arrière du pli de passage qu'elle reçoit de la deuxième par une grande incisure ; elle se reconstitue au delà pour aller s'insérer sur le pied de la frontale ascendante. — La *frontale ascendante*, très sinueuse, est interrompue dans son tiers inférieur par une incisure incomplète et dans son tiers supérieur au-dessous des insertions de la première frontale par une incisure plus complète. — Le *lobe frontal* est coupé en tous sens de sillons superficiels plus ou moins accentués ; on note l'aspect chagriné sur la troisième frontale et le pied de la frontale ascendante qui présente, de plus, *quatre foyers jaunes*, à parois déprimées et molles, dont deux sont assez considérables.

La *pariétale ascendante*, très irrégulière, donne un fort pli de passage au pli pariétal supérieur, puis elle s'amaigrit, se recourbe en avant pour se confondre avec l'extrémité supérieure de la frontale ascendante et interrompre le sillon de Rolando. — Le *pli pariétal supérieur* est flexueux et assez développé. — Le *pli pariétal inférieur*, de forme triangulaire, est séparé par un sillon profond du pli courbe avec lequel il communique en haut par un pli de passage assez maigre. Le *pli courbe* est assez volumineux et fournit en arrière un pli de passage au lobe occipital. Tout le *lobe pariétal* a un *aspect chagriné* et à un degré plus marqué que le lobe frontal. — La *scissure de Sylvius*, bien dessinée, laisse voir le *lobule de l'insula* composé de quatre circonvolutions.

La *première temporale* est très tortueuse et présente trois incisures qui la coupent incomplètement ; elle est amaigrie inégalement, ce qui lui donne sur certains points un aspect mamelonné ; elle envoie deux plis de passage au lobule de l'insula, elle envoie aussi à la deuxième temporale deux plis qui s'entre croisent avec deux plis semblables venus de cette *deuxième temporale* ; celle-ci est flexueuse au milieu de son trajet, elle est amaigrie et mamelonnée et offre une surface irrégulière qui paraît être due à l'état chagriné poussé à l'extrême et dont le centre est occupé par un petit *foyer;* dans sa portion antérieure, elle est aussi très chagrinée et projette un autre pli de passage à la *troisième temporale*, qui fait corps avec la *quatrième*. — Le *lobe temporal* est, comme on le voit, très chagriné sur presque toute son étendue.

Le *lobe occipital*, composé de circonvolutions peu développées, est assez semblable à celui du côté opposé, ses circonvolutions sont coupées de sillons transversaux, superficiels, assez nombreux, et il paraît, à cause de cela, couvert de hachures. — Les *sillons frontaux*, le *sillon de Rolando*, le *sillon parallèle* et la *scissure de Sylvius* sont en général profonds, mais la plupart des *sillons secondaires* sont au contraire très superficiels.

Face interne. La *première frontale* est flexueuse et large, double dans presque toute sa largeur, avec des sillons transverses qui lui donnent un aspect mamelonné. Elle communique en bas seulement avec le *lobe paracentral*. Celui-ci est large, coupé en bas et en haut par un sillon oblique. — Le *lobe carré* est moitié plus petit que celui du côté opposé et communique par un pli de passage avec le lobe paracentral. — Le *coin* est, lui aussi, peu volumineux. — La circonvolution du corps calleux est semblable à celle de droite. — Les circonvolutions du *lobe occipital* sont amaigries, mais moins que du côté opposé. La scissure perpendiculaire externe est très profonde. — La *circonvolution de l'hippocampe* est courte. — Le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon*, les *corps opto-striés* n'offrent rien à noter.

Le *lobe orbitaire* a des scissures assez profondes. La circonvolution du nerf olfactif est rectiligne et moitié moins développée que celle du côté opposé, la scissure en H plus marquée qu'à droite.

Examen histologique des centres nerveux fait au Laboratoire des travaux pratiques de la Faculté. — L'hémisphère droit n'a pas été examiné, les lésions étant d'apparence semblable des

deux côtés. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline et au carmin et montées soit au baume de Canada, soit à la liqueur de Farrant, pour conserver les corps granuleux. Sur la *première frontale*, à sa naissance, en un point qui ne contient pas de foyer à l'œil nu, il existe une vascularisation anormale très prononcée dans toute la substance grise; les vaisseaux sont ramifiés dans toutes les directions. Le nombre des éléments paraît sensiblement accru, et il existe une série de points ou taches de désintégration se touchant presque et formant une vaste bande entre la première et la troisième couche de la substance grise, et comprenant ainsi la moitié environ de la hauteur de la substance grise. Ces foyers sont caractérisés par la rareté des éléments à leur niveau, l'épaississement du tissu interstitiel qui se colore davantage par le carmin et sa friabilité; car il tombe assez souvent des portions de tissus sur les coupes, malgré le soin apporté au montage. A un fort grossissement, on constate que les capillaires sont très nombreux et dilatés; les cellules nerveuses ne sont pas disposées en séries, mais dispersées et globuleuses. Celles des couches profondes sont allongées, granuleuses et très fortement colorées. La substance blanche offre une quantité considérable de petits noyaux sphériques appartenant aux cellules interstitielles. Sur certains points, il existe des corps granuleux en assez grande quantité.

La *deuxième frontale*, à son insertion sur la frontale ascendante, portait sur sa partie moyenne un *foyer ocreux*, allongé, parfaitement caractérisé. Sur une coupe à ce niveau, on constate une dépression en entonnoir de la substance grise, une perte de substance qui s'étend jusqu'à la substance blanche et est recouverte par une paroi flottante, transformant ce foyer en un petit kyste. L'espace libre est sillonné par des filaments fibrillaires allant de la paroi superficielle à la substance grise restante. Cette paroi est composée, de dehors en dedans, de trois couches : la plus superficielle, mince et homogène, formée de faisceaux parallèles de fibres fines, avec de petits noyaux sphériques très peu abondants, s'amincit aux points extrêmes de la lésion et disparaît dans la couche superficielle de la substance grise normale. Au-dessous apparaît une couche deux à trois fois plus épaisse. Cette couche est composée surtout de cellules rondes assez volumineuses à noyau sphérique, dont la plupart sont remplies de granulations jaunes de pigment sanguin à la manière des cellules interstitielles de l'ovaire. Ce sont elles qui donnent au kyste sa couleur ocreuse ; elles sont dispersées dans un tissu fibrillaire dont les fibrilles convergent en bas par faisceaux distincts. La troisième couche est occupée par ces faisceaux et un certain nombre de cellules. Ces masses de faisceaux fibrillaires accompagnent les vaisseaux et forment à la face interne de la paroi du petit kyste un certain nombre de masses pédiculées, composées de ce tissu fibrillaire feutré, de rares vaisseaux et contenant des cellules à noyaux ronds ou allongés, dont quelques-unes sont encore chargées de granulations jaunes.

Autour de certains *capillaires*, la gaîne adventice se remplit de ces cellules, de façon à former des renflements en massue libres dans la cavité. Si l'on suit cette paroi, ainsi constituée sur les parties latérales, on voit que les couches se perdent successivement dans la couche externe névroglique de la substance grise ; c'est donc entre cette couche externe et la deuxième couche de Meynert que s'est opérée la scissure qui a donné lieu à la cavité que nous étudions. La substance grise qui forme les parois de l'entonnoir est recouverte par une couche fibrillaire névroglique. Au-dessous, elle se montre sous deux états différents : sur certains points, la sériation longitudinale de la substance grise est encore assez visible, mais ces séries sont occupées par des cellules interstitielles en très grande abondance. Sur d'autres points, beaucoup plus nombreux, le processus est beaucoup plus avancé ; les cellules ne sont plus disposées en séries, mais elles sont dispersées, raréfiées et isolées ; elles sont petites, globuleuses; on ne peut suivre leurs prolongements sous la surface libre. Autour de ce foyer, il existe un certain nombre de taches ou points très clairs à un faible grossissement et qui sont composés uniquement par un réseau très fin d'une dentelle de fibrilles grêles avec des cellules à noyaux sphériques, à corps cellulaires ramifiés aux points nodaux. Les mailles de ce tissu sont occupées par une substance intercellulaire qui a disparu des coupes. On n'y rencontre pas une seule cellule nerveuse et cela dans plusieurs champs du microscope. A la périphérie de ces points, on rencontre les corps granuleux, principalement autour des vaisseaux. Ces vaisseaux sont très ramifiés; l'espace périvasculaire est largement dilaté autour de la plupart d'entre eux ; ils morcellent la substance grise.

Lésions de la substance blanche. — Dans la substance blanche, il existe une large traînée descendante, correspondant à la perte de substance, de la substance grise et dans laquelle les fibres n'existent pas; tout autour, ces fibres sont entourées d'une grande quantité de petites cellules interstitielles et sur les pièces traitées successivement par l'acide osmique et la liqueur de Farraut, on voit que la myéline émulsionnée forme un certain nombre de petites gouttelettes noires et des amas plus gros ayant l'aspect connu des corps granuleux.

Pariétale ascendante gauche. — Elle porte en son milieu un foyer plus récent ; on voit nettement que le centre de la dépression est formé par un vaisseau ramifié ; les parois sont constituées par le même tissu fibrillaire que dans la précédente; les lésions de la substance grise au *pourtour* du foyer sont moins avancées, quoique très étendues.

La première couche, couche névroglique de Meynert, est très mince, avec de fins capillaires rameux assez nombreux et, de plus, sur certains points des taches grises où la névroglie s'est raréfiée, qui forment autant d'espaces clairs.

Dans la deuxième couche, celle des petites cellules pyramidales, on voit que presque toutes ces cellules sont petites et globuleuses, et qu'elles ne sont plus placées bout à bout, mais dispersées ; leurs rapports normaux sont détruits et leur nombre diminué. Dans la troisième couche, celle des cellules moyennes, on voit les colonnettes que forment ces cellules bout à bout beaucoup plus distantes les unes des autres qu'à l'état normal et séparées par du tissu névroglique à peu près dépourvu d'éléments interstitiels. Même vascularisation ramifiée. Les cellules nerveuses sont globuleuses, leur noyau volumineux, clair, nucléolé, remplit presque toute la cellule. Le prolongement inférieur est le plus distinct.

Dans la couche suivante des grandes cellules, les altérations sont les mêmes pour les cellules nerveuses, dont le corps cytoplasmique est pâle et effacé, quelques-unes sont atrophiées, pourtant elles sont encore en nombre considérable. Dans les espaces qui séparent ces rangées de cellules, espaces par où descendent les fibrilles qui vont former la substance grise, on voit de plus que dans les couches précédentes un assez grand nombre de noyaux de cellules interstitielles, petits, sphériques et fortement colorés. Dans la substance blanche, on voit les mêmes lésions que dans les préparations précédentes ; les vaisseaux sont très dilatés, les corps granuleux sont très abondants.

Lobe occipital. — Les coupes du lobe occipital, au niveau d'un foyer plus étendu que celui que nous avons décrit sur le frontal, montrent des lésions absolument semblables, mais la traînée descendante dans la substance blanche au-dessous du foyer, est très large et remplie de globules sanguins avec un certain nombre de leucocytes et de cellules fusiformes; au pourtour de ces masses, un grand nombre de capillaires sont aussi remplis de globules rouges; il semble donc que l'on ait affaire à de véritables foyers hémorrhagiques en ce point.

Les lésions d'encéphalite au voisinage présentent les mêmes caractères que ci-dessus, elles sont seulement plus marquées, avec des cellules interstitielles très abondantes et des capillaires dont les plus volumineux sont entourés d'une paroi fibrillaire nette. Mêmes lésions que plus haut dans la substance grise.

Cervelet, — Dans la *substance grise*, la couche de névroglie est fibrillaire dans le sens longitudinal ; les cellules interstitielles y sont très nombreuses, les cellules de Purkinje sont abondantes, mais elles se colorent assez inégalement, surtout à l'hématoxyline; on peut pourtant suivre très loin les prolongements de la plupart. La couche des cellules névrogliques n'offre rien de particulier. Dans la *substance blanche*, corps granuleux nombreux, aspect fibrillaire, grosses fibrilles anastomosées.

Moelle cervicale. — La *substance grise* a des altérations cellulaires importantes.

Dans les *cornes antérieures*, le tissu interstitiel forme des faisceaux fibrillaires volumineux et entre-croisés autour des cellules nerveuses. Celles-ci, nettement diminuées de nombre, se colorent bien par le carmin sur certains points, mais beaucoup ne se colorent que faiblement et présentent un reflet jaunâtre et hyalin comparable à celui des cellules de la paralysie générale, elles sont tuméfiées et leurs prolongements n'existe que peu ou point. Par l'hématoxyline, ces cellules se colorent en gris de lin et leur réfringence apparaît beaucoup plus nettement. Même aspect des cornes postérieures. Le canal de l'épendyme est conservé. Son épithélium est intact; on y distingue sur certains points les cils des cellules. La trame conjonctive des cordons blancs est notablement épaissie, le nombre des tubes diminué, mais la lésion est la même sur tous les cordons. Il n'y a pas de systématisation. Les vaisseaux sont dilatés.

Moelle dorsale. — L'aspect est le même de tout point.

Moelle lombaire. — Les lésions sont les mêmes, la tuméfaction des cellules et leur raréfaction sont encore plus visibles, à cause du grand nombre des cellules motrices en ce point (1).

Réflexions.— Cette observation nous paraît justifier les réflexions suivantes :

I. Un mot d'abord des *antécédents* au point de vue *héréditaire*. Nous rappellerons que l'une des grand'mères paternelles de l'enfant était *épileptique*; que l'une des grand'mères maternelles était *migraineuse*. Au point de vue *personnel*, on nous a dit que l'enfant n'aurait eu qu'*une seule fois des convulsions*, à l'âge de *trois mois* et d'une *durée de quinze minutes* seulement. Mais l'enfant étant resté en nourrice, chez des étrangers, jusqu'à deux ans et demi, on peut se demander s'il n'a pas eu d'autres accidents convulsifs qui auraient été dissimulés.

Notons, comme maladies ordinaires, une *ophthalmie* double, la *rougeole*, une *conjonctivite granuleuse*, un *pemphigus* à petites bulles, de fréquentes *entérites* et, enfin, les symptômes de *méningo-encéphalite* qui ont enlevé le malade à l'âge de 7 ans.

II. L'état de P..., à l'époque de son admission dans le service, pourrait se résumer ainsi : marche et parole nulles, — nécessité de l'habiller, de le déshabiller, de le faire manger, car il ne savait aucunement se servir de ses mains, — appétence exclusive pour le lait et la soupe ; — impossibilité de fixer l'attention ; — gâtisme ; — tics multiples, etc. Aussi le *diagnostic clinique* : idiotie complète, se posait-il de lui-même. Quant au *diagnostic anatomo-pathologique* nous déclarons être demeurés tout à fait indécis et si l'on veut bien se souvenir de l'insuffisance des renseignements recueillis sur les accidents de l'*enfance*, on comprendra notre indécision.

Malgré cette situation, rendue encore plus fâcheuse par de fréquents accidents ayant nécessité des séjours souvent assez prolongés à l'infirmerie ; malgré des tics multiples figurés sur des photographies, dont quelques-unes ont été présentées à la Société, le traitement médical et physiologique avait donné, chez cet enfant, des résultats importants qui autorisaient l'espoir d'une amélioration plus sérieuse. On lui avait appris à se tenir debout, à marcher, à courir, à brouetter, à se servir de la cuiller, à saisir le gobelet, à se tenir assis, etc. On était parvenu à fixer assez bien son attention, à le maintenir sur le siège de propreté, ce qui faisait présager la possibilité de la disparition du gâtisme. Il reconnaissait ses maîtresses d'école : il prenait goût à la musique et retenait les airs. Les photographies que nous avons fait passer sous les yeux de la Société mettent en évidence ses progrès : la première (octobre 1882) le représente assis et soutenu par les bras d'un fauteuil ; la seconde, assis sur une chaise (octobre 1883) ; la troisième, debout, sans soutien, et partant à une époque où il avait appris à marcher (septembre 1884).

III. Au point de vue *anatomo-pathologique*, à part les foyers ocreux multiples, sur lesquels nous allons revenir, nous constatons dans tout l'axe cérébro-spinal les lésions diffuses, portant à la fois sur les éléments nerveux et sur le tissu interstitiel, qu'on a coutume de trouver chez les idiots, sans qu'il soit possible de montrer par quels éléments le processus morbide a débuté.

La *substance grise* montre ses vaisseaux très ramifiés, mais sans bandes fibreuses épaisses autour d'eux. Ces lésions péri-vasculaires sont, en effet, assez rares chez des enfants aussi jeunes ; les cellules nerveuses sont plus ou moins diminuées de nombre ; sur beaucoup d'endroits on observe, comprenant la portion superficielle de la substance grise, des *taches grisâtres* plus claires, visibles à l'œil nu par transparence, atteignant 1 à 2 millim. de diamètre où les cellules nerveuses ont disparu ; il n'y a plus qu'un réseau plus ou moins tassé de fibrilles, réseau dans les mailles duquel est interposé un liquide qui donne au tout un peu de l'apparence du tissu muqueux. Ces taches, que nous avons décrites comme des points de désintégration et qu'on retrouve dans les cas semblables, sont ici très marquées. Il existe de plus un certain nombre de foyers allongés dans le sens des circonvolutions, comprenant une paroi superficielle, une paroi profonde, un contenu. La paroi superficielle, brunâtre, doit cette coloration à un grand nombre de cellules tuméfiées, chargées de granulations pigmentaires dont l'origine est évidemment sanguine. Elle est constituée par la couche la plus superficielle de la substance grise, épaisse, feutrée, vascularisée. Le contenu nous rappelle les taches décrites plus haut ; ce sont des fibrilles peu abondantes formant un réseau à mailles très larges avec un liquide séreux interposé ; nous disons séreux parce que ce liquide n'a pas été coagulé par l'alcool. La paroi profonde est formée par la substance grise dans laquelle les *taches grises* sont très abondantes et prononcées, le tissu névroglique y est aréolaire, comme nous l'avons dit. Au-dessus de chaque foyer, existe une traînée de dégénérations descendantes dans la substance blanche ; enfin, dans quelques foyers, on trouve encore des globules de sang épanché ; le pigment de ces globules rouges a été repris par les cellules interstitielles de la paroi du foyer que nous avons vues tuméfiées et chargées de granulations jaunes. C'est ce qui se passe, par exemple, autour d'un follicule de De Graef après la ponte ovulaire. Ces foyers ne sont pas apoplectiques ; à la coupe, ils ont la forme comme d'un coin à base périphérique, et les parois ne sont pas dilacérées. Ce sont donc des foyers de ramollissement. Sont-ils emboliques ? Nous ne le pensons pas ; d'abord, l'examen détaillé du cœur et des autres organes ne nous a point montré de lésions vasculaires, ni d'autres foyers hémorrhagiques ; ensuite leur distribution sur les hémisphères est irrégulière et ne correspond au cercle de distribution d'aucune branche artérielle importante. Nous croyons donc que l'on doit rattacher pathogéniquement ces foyers à une forme plus rare: *au ramollissement par thrombose* qui s'observe chez les vieillards déments (plaques jaunes, de Durand-Fardel), dans des conditions assez voisines de celles que nous avons sous les yeux. Ces foyers sont situés aux points du cerveau les plus altérés, il y a donc un rapport entre leur présence et celle des *taches grises* ; mais nous ne pouvons préciser quelle est l'influence de cette seconde lésion sur la première.

Dans la *moelle*, l'altération des cellules nerveuses est

(1) Les autres organes, larynx, estomac, foie, rate, cœur, ont été examinés sur des coupes et ne présentaient pas d'autres lésions que leur état légèrement atrophique, semblable à celui qu'on trouve dans les lésions de dénutrition.

bien nette, c'est la *nécrose de coagulation* de Weigert, que cet auteur avait signalée d'abord, notons-le : précisément dans les myélites les cellules qui meurent de cette façon nous ont montré les trois états successifs de tuméfaction hyaline, d'état granuleux et de désintégration moléculaire complète ; après quoi, les débris de la cellule s'éliminent. Les lésions de la substance blanche, tant dans le cerveau que dans la moelle, sont naturellement diffuses, comme celles de la substance grise qu'elles suivent. Nous ne reviendrons pas sur leur description.

IV. L'intérêt de ce cas réside surtout dans la constatation de ces *plaques jaunes* ou de ces petits *pseudo-kystes* multiples, distribués sur les hémisphères. Nous pensons que cette lésion, qui a été rarement signalée à cet âge, les ramollissements multiples appartenant aux vieillards et aux cardiaques, peut être interprétée de façon à expliquer d'autres formes également curieuses de lésions trouvées chez les idiots.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

M. HUCHARD répond aux objections qu'a faites M. Guyot à sa théorie de l'angine de poitrine et au mode de traitement qu'il préconise. Il affirme de nouveau que l'angor pectoris est toujours le résultat de l'ischémie cardiaque et que le plus souvent cette ischémie tient à une oblitération ou un rétrécissement des artères coronaires. Quant au traitement ioduré, lui seul peut amener la guérison de l'angine de poitrine, qui sauf exceptions absolument rares, ne saurait guérir par les moyens hygiéniques seuls. Bien plus, certains médicaments tels que la digitale, l'ergot de seigle, la cocaïne, l'antipyrine, l'acétanilide sont inutiles et parfois dangereux. C'est à l'iodure de sodium qu'il faut donner la préférence à cause de la longue durée que doit avoir la médication.

M. GUYOT s'étonne du nombre considérable d'angines de poitrine que M. Huchard a observées, car lui n'en a vu dans sa carrière déjà longue que huit cas. Quant aux anévrysmes, on les voit parfois rester stationnaires ou même s'améliorer sans aucun traitement, tandis que dans d'autres cas la médication iodurée ne donne que de mauvais résultats. L'iodure de potassium ne lui a jamais paru avoir les inconvénients dont a parlé M. Huchard.

M. HALLOPEAU a observé un cas de guérison de l'angine de poitrine par l'usage prolongé de l'iodure de potassium.

M. CHANTEMESSE a vu un cas de guérison, par le même traitement d'un anévrysme aortique avec angor.

M. MARTINEAU, à propos de la discussion ouverte sur le traitement général de la syphilis, expose sa méthode thérapeutique de la syphilis. Pour lui cette maladie virulente, constitutionnelle, doit être traitée par trois médications : 1° la médication mercurielle ; 2° la médication iodée ; 3° et enfin la médication sulfureuse. Pour la médication mercurielle, M. Martineau préfère de beaucoup la voie cutanée et surtout la voie hypodermique : le médicament qu'il emploie est une peptone mercurique ammonique (formule de Delpech) contenant 0 gr. 10 milligr. de sublimé par seringue de Pravaz. Depuis 1881, M. Martineau n'a pas fait moins de 180,000 injections. Ce traitement n'a aucune espèce d'inconvénient ; son action est rapide et des plus efficaces. Les injections sont pratiquées sur le dos et peuvent être faites tous les deux ou trois jours. Après 30 jours de traitement, pendant 30 autres jours encore M. Martineau donne par la voie stomacale, chaque jour, une cuillerée à café de peptone ammonique correspondant à cinq milligrammes de sublimé. Cette méthode présente donc un grand avantage sur les injections de sels insolubles.

M. MARTINEAU parlera dans la prochaine séance des médications iodées et sulfureuses.

M. BALZER vient de faire l'autopsie d'une femme tuberculeuse et syphilitique qu'il avait traitée par la méthode de Scarenzio. Aux points où avaient été pratiquées les inoculations — inoculations qui d'ailleurs avaient été accompagnées de très peu de phénomènes — il existait sous la peau des foyers nécrosés du volume d'une grosse noisette, contenant de la graisse, des débris conjonctifs et élastiques et des leucocytes.

M. DU CASTEL avait injecté en plein tissu musculaire des fesses, d'un côté de l'oxyde jaune et de l'autre du calomel sur un vieillard qui mourut un mois après. A l'autopsie, on ne trouva absolument rien en ces points et pourtant l'injection avait été suivie de quelques phénomènes inflammatoires.

M. GOUGUENHEIM montre des dessins, des coupes et des préparations de produits de raclage provenant de malades atteints de laryngite tuberculeuse et traités par M. EHRING, de Varsovie, au moyen d'injections d'acide lactique ou d'iodoforme sous la muqueuse laryngée, insensibilisée au préalable par la cocaïne. Sur 200 malades, tuberculeux avérés avec bacilles de Koch, M. Ehring a obtenu 28 guérisons des ulcérations tuberculeuses, quelques-uns de ces malades étant morts néanmoins d'autre chose. — Morts guéris, dit M. LABBÉ, qui fait les plus expresses réserves et, vu la gravité de la question, demande que cette communication ne soit pas insérée avant d'avoir été sérieusement examinée et publiquement discutée au sein de la Société. D'ailleurs M. Gouguenheim offre de fournir des renseignements complémentaires à la prochaine séance.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. LE DENTU, à propos du procès verbal, revient sur la question de l'*anesthésie chloroformique dans la trachéotomie*. On a beau dire, cette question est à peine connue des médecins français et il croit avoir eu raison d'insister sur cette pratique qu'il recommande dans certains cas bien déterminés.

M. PEYROT fait remarquer qu'on peut aussi employer l'anesthésie chloroformique dans l'amygdalotomie, surtout chez les enfants indociles. Il suffit de ne pas pousser trop loin l'anesthésie et de n'administrer le chloroforme que très modérément. De même on peut l'employer pour l'extirpation des tumeurs adénoïdes du pharynx.

M. RECLUS cite un fait d'amygdalotomie avec anesthésie dans lequel l'opéré mourut par introduction du sang dans les voies respiratoires. Donc, il faut être prudent.

M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation envoyée à la Société par M. SEBASTOPOULO (de Constantinople) et intitulée : *plaies de l'intestin par armes à feu*. 1er cas : Homme de 30 ans blessé au ventre par balle de revolver. Sortie par la plaie de gaz de l'intestin. Laparotomie par agrandissement de la plaie abdominale. Résection d'une partie de l'intestin troué par la balle et entéroraphie. Guérison. 2e cas : Blessure analogue au ventre, pas de symptomes de pénétration, pas d'intervention, guérison. Se basant sur ces deux observations et les faits publiés en Amérique, M. Chauvel étudie en détail la question de l'intervention dans les blessures de ce genre.

M. CHAUVEL fait un autre rapport sur un travail de M. NIMIER intitulé : *Plaies par coups de feu dans l'abdomen au Tonkin*. M. Nimier préconise l'abstention, ce que M. Chauvel ne saurait admettre ; d'ailleurs les observations de M. Nimier sont loin d'être toujours favorables aux conclusions qu'il formule.

M. RECLUS fait des expériences sur des chiens à ce sujet. Il se borne aujourd'hui à faire ressortir le défaut des statistiques et leurs difficultés, la fréquence de la blessure de l'intestin dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen et l'importance de l'état de plénitude ou de vacuité de l'intestin au moment de la blessure.

M. KIRMISSON insiste sur ce fait, à savoir que la laparotomie préventive, préconisée dans ces cas par les Américains, sert aussi à arrêter les hémorrhagies.

M. CHAUVEL répond que c'est là une question encore à l'étude.

M. GUERLAIN (de Boulogne) lit un mémoire sur les *plaies de la main*.

M. DURET (de Lille) lit un travail sur le *traitement du pied-bot varus*.

M. ROUTIER (de Paris) présente un malade auquel il a fait une *résection du genou*.

Séance du 27 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. CAZIN (de Berck) adresse une lettre à la Société dans laquelle il rappelle : 1° qu'il y a plus de trente ans que M. PARIS (de Lille) employait l'anesthésie dans l'amygdalotomie ; 2° qu'il a fait lui-même plus de 40 amygdalotomies avec chloroformisation. Il n'a pas eu d'accidents, et, pour les éviter, il suffit de suivre les conseils de M. Peyrot, c'est-à-dire de n'endormir que très légèrement l'enfant. L'ennui de l'opération est la position horizontale qu'on fait prendre au malade ; il y obvie en se plaçant derrière la tête du sujet et commence par le côté gauche.

M. POLAILLON fait un rapport sur une *série d'observations* envoyées par M. FERRET (de Meaux). 1° cas : taille articulaire pour corps étranger articulaire du genou. Homme de 38 ans présentant un corps étranger mobile très douloureux du genou gauche. Il était gros comme un noyau de cerise et avait un pédicule de 3 millimètres très peu vasculaire. Guérison après immobilisation. Le corps étranger était constitué par du tissu fibro-cartilagineux avec cellules adipeuses. 2° Hernie inguinale étranglée avec lipome herniaire. Cure radicale. M. Ferret, dans ce cas, a pratiqué la castration. M. Polaillon pense qu'elle doit être évitée dans les cas analogues. 3° Deux opérations de Lefort, pour prolapsus complets de l'utérus : un échec et un succès. 4° Pyométrite (affection rare), survenue à la suite d'un accouchement normal ayant cependant nécessité l'emploi d'un instrument. M. Ferret a retiré 400 grammes de pus de l'utérus et a obtenu la guérison parfaite, puisqu'il y a eu depuis une grossesse normale, par des injections intra-utérines faites avec des liquides antiseptiques. 5° Fracture indirecte de la base du crâne. Homme de 26 ans, assassiné, présentant une plaie de la région frontale, avec enfoncement du frontal, écoulement au dehors de substance cérébrale, etc. Mort par accidents d'encéphalo-méningite quatre jours après. La fracture avait été produite par une barre de fer, et, chose remarquable, était accompagnée, comme l'autopsie l'a montré, de deux fractures indirectes par contre-coup de la base du crâne.

M. POLAILLON lit un autre rapport sur une observation de *fibrome utérin énorme compliquant une grossesse.*

M. VERNEUIL fait une communication sur la *conduite à tenir dans l'étranglement interne quand on n'a pas de diagnostic précis.* Il cite à ce propos le fait suivant : une dame de 52 ans, jouissant d'une bonne santé, cesse d'aller à la garde-robe le 8 avril. Il y a 20 ans, attaque de constipation de huit jours qui se résout spontanément. Il y a 3 ans, crise pareille ayant duré trois jours. Il y a 2 ans, nouvelle crise de deux jours. Douleurs très violentes, coliques très intenses jusqu'au passage de quelques bulles de gaz lors de ces trois attaques de constipation antérieures. Le 9 avril les coliques commencent ; lavements et purgatifs restent sans effet. Douleurs très vives ; le 10 et 11, coliques et tranchées durant deux heures. Douches abdominales gazeuses et électricité sans résultat. On sent dans la partie latérale gauche de l'abdomen une tuméfaction vague. On met des sangsues en ce point. Le 14, administration de 3 centigr. de morphine. Pas une parcelle de gaz n'a été rendue depuis le 8. M. Verneuil songe à un rétrécissement ancien, mais incomplet de l'intestin. Le 14, il pratique une incision en boutonnière au niveau du bord externe du muscle grand droit gauche et introduit le doigt dans la plaie pour découvrir l'obstacle. Ne trouvant rien, il fait en ce point sur l'intestin grêle un anus contre nature. Quelques bulles de gaz s'échappent. Les douleurs cessent de suite. Bien être absolu. Le 15, pouls à 70 et débâcle considérable par les voies naturelles ; rien ne passe par l'anus artificiel pendant tout ce temps. M. Verneuil cite deux autres cas : 1° Obstruction intestinale dans le petit bassin par un fibrome utérin. Il a fait un anus au niveau de l'S iliaque, quoiqu'il y eut une tumeur stercorale au niveau du cœcum. 2° Tumeur maligne de la fosse iliaque, phénomènes d'obstruction intestinale, compression de l'S iliaque. Il a fait un anus artificiel sur l'S iliaque au-dessus de la tumeur (colotomie iliaque supérieure). Il conclut de ces faits : quand le diagnostic de la cause de l'obstruction est incertain, il faut combattre l'accident et ne pas chercher l'obstacle ; lorsqu'on a utilisé tous les procédés médicaux, avant l'apparition de la péritonite, il faut intervenir. On fait un anus artificiel, opération peu grave et qui procure un notable soulagement. Si, au contraire, le diagnostic de la cause est fait, on doit faire la laparotomie et chercher l'obstacle pour le lever.

M. CASTEX lit une observation intitulée : *trachéotomie sous le chloroforme* et accidents imputables à l'anesthésie.

M. DOYEN lit deux observations d'*ostéotomie*, l'une pour genu-valgum, l'autre pour mauvaise consolidation après fracture de la jambe. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. DATRIEUX-BEY, qui a fait de nombreux voyages d'exploration dans l'Afrique centrale, envoie à la Société une lettre dans laquelle il vante les bons effets du chlorhydrate de quinine comparativement au sulfate.

La séance est levée en signe de deuil après lecture du discours prononcé aux obsèques de M. Limousin qui avait été nommé président pour 1887. G.-T.

SEIZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE A BERLIN.

M. le Pr KRASKE, de Fribourg-en-Brisgau, traite de la *respiration artificielle* et des *mouvements du cœur.* Il a cité le cas d'un garçon de cinq ans, trachéotomisé à la suite de diphtérie à la clinique de l'Université de Fribourg à un moment où les fonctions cardio-pulmonaires étaient déjà abolies. Dix minutes environ après la dernière respiration, on commença la respiration artificielle ; le succès sembla d'abord couronner les efforts des opérateurs, car les lèvres et les joues de l'enfant rougirent et la pupille dilatée se contracta. En fin de compte, le résultat fut cependant nul, et l'on constata que la respiration artificielle (par la méthode de Sylvester) avait réussi à faire circuler le sang à travers le cadavre. Kraske institua, à la suite de ce fait, des expériences sur les animaux, et il arriva, en introduisant du liquide coloré dans la veine jugulaire d'un cadavre de chien, à chasser ce liquide à grandes distances avec la respiration artificielle. Cette expérience a une certaine importance et peut être très utile en cas de syncope chloroformique, car il s'agit alors, non seulement de purifier le sang chargé de chloroforme qui se trouve dans le poumon, mais encore d'envoyer au cœur un sang oxygéné, dans le but d'exciter cet organe. On peut ainsi agir sur le cœur même en faisant subir une petite modification à la méthode. Dans la discussion qui suivit cette communication, on cita des cas analogues. Un orateur rappela combien il était utile, dans les cas d'empoisonnement par le chloroforme, de placer le malade la tête pendante. Cette expérience a du rapport avec le fait connu, que la chloroformisation réussit d'autant mieux que la tête est plus haut placée par rapport au tronc : la position assise est la plus favorable.

M. LANGENBUCH (de Berlin) a fait ressortir qu'il lui semble indiqué, dans les cas désespérés, d'activer les mouvements du cœur en ouvrant le péricarde et en y introduisant la main, toutes les précautions antiseptiques étant prises. La plupart des assistants trouvèrent l'opération un peu risquée, mais l'orateur insista à nouveau sur le fait que, selon lui, cette opération faite antiseptiquement, ne pouvait entraîner la mort du malade.

M. ROSENBACH (de Göttingue) décrit l'*érisypéloïde* et son étiologie. L'orateur a essayé de faire des cultures pures du microorganisme de cette affection ; il a reconnu que cet organisme n'est ni un bacille, ni un coccus. Il apparaît sous forme de filaments entrelacés étroitement, accumulés en groupes ; les filaments sont de consistance très variable, tantôt droits, tantôt en spirale, tantôt irrégulièrement sinueux, tantôt enfin ramifiés ; cette dernière image n'est qu'illusoire, car les rameaux ne font pas corps avec le tronc et s'appliquent seulement contre lui. Ce microbe ressemble surtout au cladothrix de Cohn, mais ce n'est pas le *Cladothrix dichotoma.* La contagion se fait surtout chez les individus que leur profession met en contact avec des matières animales en putréfaction (cuisiniers, cuisinières, restaurateurs, bouchers, tourneurs, marchands de comestibles, etc.). La maladie se montre sur les mains si celles-ci présentent des plaies. L'orateur a enfin pra-

tiqué sur lui-même des vaccinations. La maladie n'est pas dangereuse.

M. Ptelzner (de Dresde) présente une série d'objets, enlevés par des opérations, sur l'estomac et de l'intestin d'un individu qui avait avalé ces objets dans le but d'être transféré de la prison à l'hôpital. Le fait se renouvela plusieurs fois ; on lui fit deux laparotomies et une gastrostomie, et on enleva 8 à 10 corps étrangers longs de plusieurs pouces. Le malade est complètement rétabli. Le même orateur présente un cas d'extraction d'une aiguille logée dans le ventricule droit du cœur. Un polytechnicien essaya de s'ôter la vie en s'enfonçant une aiguille dans le cœur ; l'essai ne réussit pas, bien que l'aiguille eût atteint le cœur. Il fallait l'extraire : on la palpait facilement de l'extérieur. On ouvrit le péricarde mais on ne trouva pas l'aiguille. Ce n'est qu'à la seconde opération qu'on réussit à la saisir, mais elle échappa et disparut tout à fait dans le cœur. Ptelzner dut renoncer à toute autre intervention chirurgicale. Contre toute attente, le malade a guéri et se porte actuellement fort bien.

M. Kusman (Hambourg). De la *laparatomie dans la tuberculose abdominale*. Beaucoup d'affections tuberculeuses ont été reconnues comme locales dans ces derniers temps. On a souvent guéri tout à fait les malades en enlevant ces foyers, et on a mis les patients à l'abri d'une tuberculose ultérieure.

On peut donc souvent considérer la tuberculose abdominale comme une affection locale, qu'une opération locale peut guérir ou au moins améliorer de telle sorte qu'une survie de plusieurs années peut être espérée. On est en droit de défendre ce point de vue si l'on examine les publications ayant trait à ce genre d'opérations. Sir Spencer Wills a le premier fait une laparotomie pour une péritonite tuberculeuse chez une femme, il est vrai à la suite d'une erreur de diagnostic, car l'opérateur croyait à l'existence d'un kyste ovarique La patiente guérit et vécut encore dix ans. Après cette publication de Spencer Wills on vit surgir quantité de travaux sur le même sujet. L'orateur relate 2 nouveaux cas. Le premier est celui d'une jeune femme d'une famille bien portante qui avait toujours eu une fort bonne santé. Elle se plaignait de douleurs abdominales et d'une augmentation du volume du ventre. L'orateur crut pouvoir attribuer ces symptômes à l'existence d'une tumeur ovarique. L'opération prouva cependant qu'il y avait ascite localisée avec ganglions rétro-péritonéaux tuberculeux. Toute la cavité péritonéale était farcie de tubercules miliaires. On désinfecta la cavité et on sutura la plaie. La plaie guérit fort bien. L'ascite ne reparut plus; la malade se rétablit et put reprendre ses occupations au bout de quatre semaines. Elle augmenta de 20 kilos, vit encore aujourd'hui et s'est mariée il y a peu de temps. Un examen fait il y a peu de temps montra que l'utérus et l'ovaire étaient emprisonnés dans un exsudat épais. Le second cas est celui d'une dame âgée de 20 ans, que l'orateur avait opérée pour une carie du calcanéum. Elle fut atteinte brusquement d'étranglement interne, et on dut faire la laparotomie. L'intestin était bridé par un pseudo-ligament, que l'on put facilement faire disparaître. Pour faire rentrer l'intestin ballonné, on recouvrit toute l'anse intestinale désinfectée d'une serviette, et on la fit rentrer lentement dans la plaie ; de cette façon il fut facile de fermer ensuite la plaie abdominale. La malade guérit et augmenta de 3 kilos 1/2 en 4 semaines. Au bout de 5 mois elle fut de nouveau atteinte de tuberculose, cette fois généralisée, et elle mourut.

Jusqu'ici on connaît 25 cas de tuberculose péritonéale améliorés dans la laparotomie. Les phénomènes initiaux sont d'ordinaire constitués par une ascite enkystée. Il est difficile de donner une explication des bons effets de l'opération. Ce n'est pas toujours à l'antisepsie et au lavage de la cavité qu'on peut attribuer ce résultat, car dans beaucoup de cas l'antisepsie n'a pas été employée ; malgré cette absence de précautions, l'amélioration post-opératoire n'a pas manqué de se montrer. La méthode antiseptique ne peut donc revendiquer le succès pour cette opération. Le diagnostic de tuberculose n'a pas été démontré dans tous les cas ; mais l'aspect macroscopique a pu pour la grande majorité des cas sembler suffisamment probant. Dans 11 cas, il y a eu examen microscopique sérieux, et la tuberculose a été ainsi décelée scientifiquement. Ces 11 cas nous prouvent qu'une affection de ce genre peut guérir par le seul fait de la disparition de l'ascite. Il y a d'autres cas d'aspect semblable, où l'on trouve des excroissances papillaires qu'un examen plus approfondi montre ne pas être tuberculeuses : ce sont des papillômes simples. En dernier lieu, il ne faut pas oublier que la tuberculose péritonéale peut guérir spontanément, ou au moins que les manifestations objectives peuvent rétrocéder et devenir latentes pour quelques années, pendant que la tuberculose continue ses ravages dans le poumon. Les faits sont là pour nous prouver que dans beaucoup de cas de péritonite tuberculeuse, on a affaire à une affection locale, qui peut être guérie aussi bien qu'une tuberculeuse articulaire ou osseuse, et cela par l'incision exploratrice, avec ou sans lavage antiseptique de la cavité péritonéale.

Dans la discussion qui a suivi la communication, Esmarch de Kiel, Mikulicz de Cracovie, Wagner de Kœnigshütt et d'autres ont confirmé les assertions de l'orateur par des exemples tirés de leur propre pratique. (*A suivre*). L. C.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Déclaration de vacance pour une place de membre titulaire. — D'après les statuts de la Société, tout candidat au titre de membre titulaire est tenu de faire acte de candidature, en venant lire dans une des séances de la Société, un travail ayant trait à l'obstétrique ou à la gynécologie (Les séances de la Société ont lieu, tous les seconds jeudis du mois, à 3 h. 1/2, au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye.)

REVUE DE CHIRURGIE

VII. Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion ; par le Dr Brossard.

VIII. Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique; par M. le Dr Guermonprez (de Lille).

IX. Quatre nouvelles ovariotomies et deux hystérectomies ; par le professeur Paquet (de Lille).

VII. Après avoir présenté l'historique de la question des fractures du cubitus, l'auteur rapporte les observations de fracture indirecte de cet os qu'il est parvenu à rassembler ; ces observations sont au nombre de 10, dont 5 inédites, parmi lesquelles 3 appartiennent au professeur Poncet (de Lyon) et 2 sont personnelles à M. Brossard. Il expose ensuite avec détails les considérations anatomiques et physiologiques « qui peuvent servir à faire comprendre le mécanisme de ces fractures, à expliquer leur siège et leur forme », et il donne ensuite la relation d'une longue série d'expériences qu'il a entreprises pour déterminer exactement leurs conditions de production. Dans un dernier chapitre, enfin, il rapproche et compare les faits cliniques et les faits expérimentaux. Les principales conclusions que M. Brossard tire de son intéressant travail sont les suivantes : La fracture du cubitus par cause indirecte est une lésion traumatique de l'enfance et de l'adolescence. Elle peut résulter, soit d'un choc vertical, le membre étant dans l'abduction générale et la pression exercée sur le corps se transmettant au cubitus par suite de l'inclinaison cubitale de la main, soit d'une torsion en supination, par suite de laquelle, les deux os venant se rencontrer, le cubitus se brise par flexion d'avant en arrière. Elles ont pour caractère commun d'être incomplètes et sous-périostiques, et il résulte de là une certaine difficulté du diagnostic, contre laquelle on se mettra en garde en tenant grand compte de la cause productrice, du gonflement limité et du siège fixe de la douleur. Enfin, la torsion dans la pronation détermine du côté du radius une fêlure dont le trait peut revêtir une forme hélicoïde, et qui s'accompagne souvent de fracture transversale incomplète ou quelquefois de décollement de l'épiphyse inférieure.

VIII. Dans ce travail, qui a été présenté à la Société de Chirurgie de Paris et à la Société des sciences médicales de Lille, M. Guermonprez expose l'histoire clinique d'un

homme de 27 ans chez lequel, après des symptômes de pleurésie droite, on vit survenir, au bout d'un mois, un abcès pariétal étendu, en communication avec la cavité thoracique; puis, un mois plus tard, des signes de gangrène pulmonaire. L'abcès superficiel ouvert, le chirurgien dut réséquer une portion étendue de la 10e côte pour s'ouvrir un accès vers le prolongement intrathoracique de la collection, et il tomba ainsi dans un vaste foyer gangréneux qu'il cura, lava et draina. Les suites de cette opération furent des plus satisfaisantes, et dès le 30e jour le malade pouvait être considéré comme entrant en convalescence ; depuis lors, la guérison s'est bien et dûment confirmée.

IX. Dans cette brochure, qui est un extrait du *Bulletin médical du Nord*, M. Paquet, après avoir résumé deux observations d'ovariotomie pratiquées et récemment publiées par lui, en rapporte avec détails deux autres, qu'il a eu occasion de faire depuis ; ces quatre opérations ont été suivies de guérison. — Il donne ensuite l'histoire clinique d'une malade à laquelle il a fait avec plein succès l'hystérectomie abdominale pour une énorme tumeur fibro-cystique de l'utérus. — Il termine son travail par l'exposé d'un nouveau cas heureux d'hystérectomie totale vaginale motivée par un carcinome du col utérin. Ch. H. P. V.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, professées à la Faculté de Médecine de Paris pendant l'année 1885, par Ch. Bouchard. — 1887, chez Savy.

En présence d'une œuvre telle que ce nouveau livre du professeur Bouchard, le mieux, ce nous semble, est d'essayer simplement de donner au lecteur une idée générale de ce qu'il renferme. Dans la première leçon M. Bouchard, faisant la synthèse de son enseignement antérieur, expose sa doctrine des grands processus morbides en insistant surtout sur l'infection, la nature vivante de la contagion et aussi sur la nécessité de la prédisposition organique pour que l'infection soit possible ; enfin sur l'auto-intoxication d'une part par rétention des produits organiques normaux et d'autre part par des produits anormalement élaborés par l'organisme. L'exposé du mécanisme de l'auto-intoxation et des procédés analytiques pour la démontrer occupe les deux leçons suivantes. M. Bouchard reconnaît quatre sources principales de poisons organiques : l'alimentation, les sécrétions salivaire et biliaire, la digestion et les putréfactions intestinales, enfin la désassimilation des tissus; c'est dire que les poisons organiques, toujours élaborés par des cellules vivantes, le sont tantôt par les éléments des tissus tantôt par les microbes et surtout par ceux qui sont les hôtes normaux du tube digestif. Que l'un des émonctoires principaux c'est-à-dire le rein, l'intestin et beaucoup moins la peau vienne à mal fonctionner, les substances toxiques vont s'accumuler et de ce fait l'auto-intoxication sera créée. Quant au mécanisme intime, M. Bouchard montre comment les substances toxiques éliminées ou formées dans l'intestin y sont parties rejetées par les fèces, parties reprises par le sang, arrêtées au passage par le foie, modifiées et finalement rejetées dans l'intestin, ou expulsées par les urines qui en débarrassent le sang de la circulation générale. C'est donc l'étude de la toxicité de l'urine humaine fraiche injectée en nature ou sous forme d'extraits dans une veine de l'oreille du lapin qui a été le principal procédé expérimental dont s'est servi M. Bouchard. Après avoir éliminé les nombreuses causes d'erreur tenant aux substances chimiquement définies, à l'eau, etc., injectées et avoir prouvé leur très faible toxicité, M. Bouchard montre que l'urine normale est toxique, — plus si on l'a recueillie pendant la veille que pendant la nuit —, et que si on injecte cette urine il en faut en moyenne 45 centimètres cubes par kilogr. d'animal pour le tuer. Ce chiffre pourra représenter l'unité de toxicité normale moyenne : l'*urotoxie*; le *coefficient urotoxique*, c'est-à-dire la quantité d'urotoxies que 1 kilogr. d'homme peut fabriquer en 24 heures se déduira par le calcul de la connaissance de l'urotoxie de cet homme. A l'état normal moyen, elle sera représentée par 0,464, d'où cette déduction que l'homme met en moyenne deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire capable de l'intoxiquer. L'urine renferme sept poisons principaux; l'étude de ces divers poisons est fort complexe ; l'analyse physiologique de l'urine normale, répétée un nombre immense de fois par M. Bouchard, lui a permis d'y reconnaître et de caractériser physiologiquement les sept substances toxiques. La première, fort peu toxique par elle-même, puisqu'il en faut 10 gr. pour tuer 1 kilogr. de lapin, est un diurétique puissant, et cette substance, résultat des plus curieux et des plus inattendus, n'est autre que l'*urée*. La seconde est narcotique, elle est soluble dans l'alcool ; la troisième est sialogène ; la quatrième est convulsivante ; la cinquième contracte la pupille et comme la précédente elle est insoluble dans l'alcool et se fixe sur le charbon; la sixième est hypothermisante, enfin la septième est convulsivante et n'est autre que la potasse, dont le rôle est certainement important, mais non unique, ainsi que l'avaient prétendu Feltz et Ritter. A côté de ces substances toxiques urinaires, il en est d'autres telles que la bile neuf fois plus toxique que l'urine, les tissus surtout toxiques par leur potasse, etc. Tous ces poisons normaux, se combinant parfois ou se neutralisant en partie, ou bien s'adjoignant d'autres substances moins toxiques ou anormales, peuvent produire, lorsqu'ils sont retenus dans l'organisme ou imparfaitement éliminés, toute la série des accidents les plus variés qui accompagnent et parfois caractérisent par exemple les diverses formes d'urémie, l'ictère grave, l'étranglement interne, les indigestions graves, etc. Bien plus si à ces substances toxiques normales, il se surajoute des produits toxiques anormalement fabriqués par les tissus ou dans le tube digestif, siège de lésions ou d'altérations variées, la rétention de ces substances, destinées à être rejetées par les urines, pourra déterminer les troubles les plus divers, beaucoup d'accidents aigus ou chroniques de la dilatation de l'estomac, bien des phénomènes observés dans la fièvre typhoïde, les comas gastrique ou diabétique, une grande partie enfin des accidents caractéristiques du choléra. Chacun de ces mécanismes pathogènes est étudié avec détails, l'urémie est exposée avec un soin particulier et M. Bouchard conclut en considérant que les sources de cette intoxication sont : toute la désassimilation, un certain nombre de sécrétions, l'alimentation et surtout les substances minérales alimentaires, enfin les putréfactions intestinales. On conçoit que l'application de toutes ces données pathogéniques fournisse à M. Bouchard un exposé thérapeutique fort complexe et tout nouveau. L'antisepsie intestinale y joue naturellement le principal rôle, elle est destinée à diminuer les fermentations du tube digestif et à neutraliser sur place les produits toxiques qui y sont secrétés; elle est exposée avec le plus grand soin, ainsi d'ailleurs que la thérapeutique des diverses auto-intoxications. Nous signalerons particulièrement la très intéressante méthode thérapeutique de la dilatation de l'estomac et aussi celle de la fièvre typhoïde. L'analyse expérimentale du choléra est du plus vif intérêt, M. Bouchard se basant sur ses propres découvertes montre que tous les symptômes du choléra peuvent être reproduits sur le lapin par l'injection d'une urine cholérique privée de microbes et qu'ils sont dus à une intoxication par un poison spécial soit d'origine microbienne soit fabriqué par l'organisme à la sollicitation des microbes pathogènes. Quant aux phénomènes ultérieurs consécutifs à l'anurie, ils sont le fait d'une auto-intoxication de l'individu d'ordre uniquement urémique ; le myosis est le critérium clinique de cette phase de la maladie. Telles sont les idées dominantes de ce nouveau livre du professeur Bouchard; c'est une voie neuve à peine pressentie jusqu'ici et qu'il ouvre largement, plantant les premiers jalons et traçant la route d'une main ferme. Il est inutile d'insister sur les innombrables conséquences qui peuvent découler de cette révélation que fait M. Bouchard aux médecins. C'est une œuvre à la fois neuve par les démonstrations expérimentales qui s'y trouvent, ancienne par la minutieuse analyse clinique qui est faite de chaque maladie ; c'est un lien entre la médecine traditionnelle et la médecine de l'avenir, c'est surtout d'un bout à l'autre une œuvre personnelle et de haute envergure devant laquelle on ne peut que rester étonné, songeur et plein d'admiration. L. Capitan.

Extirpation des deux ovaires et des trompes dans un cas d'ovarite chronique avec phénomènes hystériques; par le Dr Fraipont (*Société médico-chirurgicale de Liège*, 5 janvier 1887).

Observation très intéressante dans laquelle nous voyons se poser peu à peu les indications de la castration. Il s'agit d'une femme de 34 ans, jusque-là bien portante, qui, à la suite d'un accouchement, fut prise de douleurs du bas-ventre, survenant avant et pendant les règles, et localisées surtout de chaque côté de l'hypogastre; il y avait, en outre, un peu de rétroversion. Le repos et les injections vaginales très chaudes, amenèrent un calme momentané, puis les douleurs ovariennes reparurent et les hémorrhagies menstruelles devinrent extrêmement abondantes. On essaya un pessaire, les injections intra-utérines de perchlorure de fer, puis la dilatation et le râclage de la cavité utérine; enfin tous les autres moyens internes et externes usités en pareil cas; tout cela n'amena qu'une amélioration passagère; les douleurs ovariennes devenaient de plus en plus vives, la malade perdait l'appétit, devenait hystérique et commençait à éprouver des troubles intellectuels alarmants. L'examen pratiqué sous chloroforme permit de sentir dans le cul-de-sac postérieur l'ovaire droit déplacé et à gauche l'ovaire gauche un peu augmenté de volume. L'ablation des ovaires et des trompes fut pratiquée par V. Winiwarter, qui profita de l'occasion pour fixer l'utérus déplacé à la paroi abdominale par le procédé de Hacker et Wölfler. Les deux ovaires présentaient une dégénérescence kystique. Les suites de l'opération furent très simples; l'état général s'améliora rapidement, les règles revinrent sans douleur et six semaines après l'opération la guérison paraissait complète. L'auteur dit, à ce sujet, quelques mots sur le diagnostic et le traitement de l'oophorite chronique ainsi que sur le mode de fixation de l'utérus, en rétroversion à la paroi abdominale, par le procédé employé dans le cas actuel.

G. Maunoury.

L'œuvre scientifique de Paul Bert; par le Dr E. Bérillon. — Paris, Picard-Bernheim, éditeur, 11, rue Soufflot, 1 vol., 115 pages, gravures dans le texte.

La ville d'Auxerre veut élever prochainement sur une de ses places un monument à la mémoire de Paul Bert: elle fait appel à tous les patriotes et à tous les amis de la science. Afin de contribuer au succès de la souscription, un des jeunes compatriotes de l'illustre physiologiste, notre confrère M. Bérillon, vient d'écrire un très intéressant petit volume sur la vie scientifique de l'ancien résident de la République française au Tonkin. Ce petit livre est vendu au profit du moment d'Auxerre; il rappelle les différentes phases de l'existence si agitée et si remplie de Paul Bert, mais il s'attache surtout à démontrer l'importance des travaux du savant. L'exposition des découvertes scientifiques est présentée de façon à intéresser les moins érudits. Nous souhaitons le plus grand succès à cet ouvrage; il témoigne d'une vive reconnaissance et d'une profonde admiration de la part de l'auteur.

Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse; par le Dr Ulrich Schuell. — Paris 1886. Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Les données positives, obtenues par l'auteur dans cette étude d'ensemble de cardéopathies d'origine nerveuse, se réduisent à peu de chose. Il commence par établir que ces cardiopathies sont rares et inexplicables par la théorie *trophique*. Les lésions cardiaques observées dans l'ataxie, l'état fenêtré des valvules, etc., ne seraient pas engendrées par la sclérose médullaire, mais reconnaîtraient la même cause générale. Il y a simultanéité d'effets, il n'y a pas de relations plus intimes. Les influences nerveuses (paralysie bulbaire, compression du bulbe ou de la moelle, émotion, goitre exophthalmique, lypémanie), peuvent aboutir à l'hypertrophie du cœur ou à la dilatation. L'expérimentation n'a donné que des résultats négatifs.

Causas dos lesões cardiacas no Rio de Janeiro (Causes des lésions cardiaques à Rio de Janeiro); par le Dr João Paulo Carvalho. — Rio de Janeiro, 1887.

L'auteur constate que les maladies de l'appareil cardio-vasculaire augmentent à Rio et il indique les causes de cet accroissement. En première ligne, il cite le rhumatisme, puis l'impaludisme qui fait de nombreuses victimes au Brésil; l'alcoolisme prend également la syphilis qui règne avec une fréquence extrême dans tous les ports de mer du monde entier.

VARIA

Service de santé militaire.

Décision portant ouverture d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves en médecine du service de santé militaire, et réglant les conditions de stage à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire.

Paris, le 26 mars 1887.

Le ministre de la guerre a décidé, le 26 mars 1887, qu'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1887 pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu: A Paris, le 6 septembre; à Nancy, le 13; à Lyon, le 16; à Montpellier, le 20; à Bordeaux, le 23.

Les candidats admis seront répartis d'après leur choix entre les villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une faculté de médecine ou une faculté mixte, ou une école de plein exercice, ou une école préparatoire, savoir: Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Rennes, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une faculté de médecine devront, après leur troisième année d'études, désigner la faculté dans laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

Titre Ier. — *Conditions d'admission.* — Les étudiants ayant de 4 à 16 inscriptions (pour le doctorat) validées sont admis à concourir. Les candidats devront être classés, d'après le nombre de leurs inscriptions dans l'un des groupes suivants: 1° Etudiants, ayant au minimum 4 inscriptions et 7 au maximum; 2° étudiants ayant au minimum 8 inscriptions et 11 au maximum; 3° étudiants ayant au minimum 12 inscriptions et 15 au maximum; 4° étudiants ayant au minimum 16 inscriptions.

Nul ne peut être admis au concours, s'il n'a préalablement justifié: 1° qu'il est Français ou naturalisé; 2° qu'il a eu au 1er janvier de l'année du concours: Moins de 22 ans, pour les élèves à 4 inscriptions; moins de 23 ans pour les élèves à 8; moins de 24 ans pour les élèves à 12; moins de 25 ans pour les élèves à 16; 3° qu'il est apte à servir activement dans l'armée. Cette aptitude sera constatée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade de major de 2e classe au moins.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Titre II. — *Formalités préliminaires.* — Les candidats à l'emploi d'élève du service de santé militaires devront demander leur inscription sur une liste qui sera ouverte, à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée où sont situées les villes dans lesquelles se fera la composition écrite. La liste sera close le 31 juillet et devra être adressée, sans aucun délai, au ministre de la guerre (direction du service de santé).

MM. les directeurs du service de santé devront envoyer, aussitôt après la clôture de ladite liste, aux directeurs dudit service des corps d'armée comprenant un centre d'examen écrit, les noms de tous les candidats inscrits qui auront choisi ce centre d'examen. La liste, comprenant ces noms, sera remise au médecin-chef, chargé de faire l'appel des candidats.

Les pièces à produire pour l'inscription sont: 1° L'acte de naissance, revêtu des formalités prescrites par la loi; 2° le certificat d'aptitude au service militaire; 3° un certificat, délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; 4° une déclaration écrite indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat, parmi les villes désignées ci-dessus et dans lesquelles il devra se rendre, aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen, soit pour les épreuves orales, soit pour les épreuves écrites, que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre; 5° les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens. (Ces certificats pourront n'être produits que le jour de l'ouverture des épreuves); 6° l'indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission,

sa commission d'élève du service de santé, et de la ville où il désire continuer ses études.

Les candidats présents sous les drapeaux, doivent fournir en outre : 1° Un état signalétique et des services ; 2° un certificat de bonne conduite ; 3° un relevé des punitions. Ils ne peuvent choisir, comme centre de composition et d'examen oral que les villes les plus rapprochées du lieu où ils sont en garnison ; à l'époque des examens, ils auront droit à des permissions dont la durée sera calculée d'après le temps nécessaire au voyage et à l'examen.

S'ils sont compris dans la liste d'admission, ils seront placés en position de congé, pouvant être renouvelés aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études. Les pièces fournies par les candidats qui ne seraient point admis leur seront ultérieurement restituées par les soins du directeur du service de santé dans les bureaux duquel l'inscription aura été effectuée.

TITRE III. — *Forme et nature des épreuves.* — Candidats à 4 inscriptions ayant satisfait au 1er examen de doctorat : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle, de physique ou de chimie ; 2° Interrogations sur les mêmes matières.

Candidats à 8 inscriptions. 1° Composition sur une question d'anatomie ou de physiologie ; 2° Interrogations sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

Candidats à 12 inscriptions et ayant satisfait à la première partie du deuxième examen de doctorat : 1° Composition sur une question de pathologie ; 2° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie ; 3° Interrogations sur la pathologie.

Candidats à 16 inscriptions : 1° Composition sur un sujet de pathologie et de thérapeutique ; 2° Interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire ; 3° Interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

TITRE IV. — *Composition.* — La composition se fera le 8 août 1887, à 8 heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire, ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du Directeur du service de santé.

Le sujet est le même pour chaque catégorie de candidats ; il est choisi par le jury institué par le titre VII, qui se réunit, à cet effet, en commission spéciale au ministère de la guerre du 1er au 5 août. Chaque sujet est mis par cette commission dans une enveloppe cachetée à la cire et dont la suscription indique seulement la nature de la catégorie. Ces enveloppes sont réunies dans une seconde enveloppe qui est adressée au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil des localités désignées ci-dessus.

Les enveloppes sont décachetées par le médecin-chef en présence des candidats ; ce procès-verbal de la séance devra constater que le cachet était intact. Il est accordé 3 heures pour cette épreuve ; les candidats ne peuvent se servir de livres ni de notes.

Les compositions sont faites sur des feuilles à en-tête imprimé, distinctes par catégories, envoyées par le ministre de la guerre au médecin-chef, qui les remet aux candidats, au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet ; ce cachet devra être apposé en même temps sur le corps de la feuille et sur l'en-tête imprimé.

Chaque candidat inscrit son nom et ses prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué avant de remettre la composition au médecin-chef. Ce dernier détache les en-têtes imprimés et les réunit dans une enveloppe distincte, par catégorie, qui est jointe à l'enveloppe dans laquelle les compositions sont également réunies par catégories ; le nom est remplacé par un numéro d'ordre qui est reproduit sur la feuille de composition et sur l'en-tête.

Le tout est adressé, le jour même, par l'intermédiaire du directeur du service de santé au ministre (direction du service de santé), qui transmet les compositions aux examinateurs pour les corriger, mais conserve les enveloppes contenant les en-têtes. Les enveloppes contenant les compositions et les en-têtes imprimés devront porter d'une manière très apparente la mention (résultat d'un concours).

Les compositions sont côtées, par les examinateurs, d'un numéro de mérite compris entre 0 et 20 ; la cote est multipliée par le coefficient affecté à la composition et les résultats indiquent le nombre de points obtenus dans cette épreuve.

Les examinateurs établissent la liste dans chaque catégorie, par ordre de mérite, d'après le nombre de points obtenus ; le président du jury l'adresse au ministre, qui détermine le nombre de candidats admissibles aux épreuves orales. Immédiatement après la décision du ministre, les enveloppes contenant les en-têtes sont ouvertes et les noms des candidats admissibles sont inscrits sur la liste générale à l'aide du numéro d'ordre porté sur l'en-tête imprimé qui avait été séparé ; ces noms sont publiés par le *Journal Officiel.*

Les candidats admissibles aux examens oraux devront être rendus, la veille du jour fixé pour ces examens, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin-chef de l'hopital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

Chaque directeur du service de santé, d'un corps d'armée, comprenant un centre d'examen oral, devra recevoir des directeurs du service de santé des autres corps d'armée, une liste indiquant les candidats inscrits dans leurs bureaux et reconnus admissibles, qui auront choisi ledit centre d'examen oral. Avec ces documents, ce directeur établira une liste nominative où tous les candidats seront rangés par ordre alphabétique, et qui sera remise au président du jury, au moment de son passage, avec une note explicative concernant les locaux mis à sa disposition.

TITRE V. — Les examens oraux sont subis devant le jury institué au titre VII. Le tour d'examen des candidats est déterminé, dans chaque catégorie, par l'ordre alphabétique de leurs noms. La durée de chaque épreuve d'interrogation est fixée à 20 minutes ; l'appréciation est exprimée par chaque épreuve par un chiffre compris de 0 à 20. Le président du jury dirige les opérations et adresse au ministre, après la clôture des examens dans une localité, les résultats de ces examens.

TITRE. VI. — *Coefficients.* — Les coefficients sont fixés ainsi qu'il suit :

Compositions	20
Examens oraux :	
Histoire naturelle	5
Physique	5
Chimie	5
Anatomie	15
Histologie	5
Physiologie	10
Médecine opératoire	15
Pathologie	15
Hygiène	5
Thérapeutique	5

TITRE VII. — *Composition du jury.* — Le classement définitif des candidats est fait, à Paris, par le jury d'admission, composé ainsi qu'il suit : Un médecin inspecteur président, et deux médecins désignés par le ministre. Le président adresse au ministre (direction du service de santé) la liste des candidats, par ordre de mérite, ainsi que le procès-verbal du jury, en ce qui concerne la formation de cette liste.

TITRE VIII. — *Dispositions générales.* — Les élèves du service de santé militaire sont dirigés sur celles des villes ci-dessus mentionnées, qu'ils ont choisie pour y faire leurs études. A leur arrivée, ils se présentent au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres duquel ils sont placés, et souscrivent l'engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas atteint l'âge de la majorité devront produire, auparavant, un consentement écrit de leurs parents ou tuteurs, les autorisant à contracter ledit engagement.

Ces élèves ne portent pas d'uniforme ; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires, déterminées par le règlement du 14 juin 1880 et concourent, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'Ecole qu'ils sont tenus de suivre, à l'exécution du service de l'hôpital auquel ils sont affectés.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse du Trésor public. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen les frais de consignation pour la répétition de cet examen, sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles, à moins qu'il ne soit autorisé à redoubler son année, et cette autorisation ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement d'avoir été empêché, par la maladie, de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

Il est accordé aux élèves-médecins, à partir de la treizième inscription, pendant deux ans au maximum, une indemnité de 1.200 fr. par an pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments. Toutefois ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au Prytanée militaire, pourront obtenir sur leur demande et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention fixée à 1.200 francs par an, à Paris, et à 1.000 francs à Lyon et à Marseille, et à 800 francs dans les autres villes que celles ci-dessus indiquées.

Cette dernière faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit. Ladite subvention pourra être cumulée avec celle dont il est parlé ci dessus. Tout élève de dernière année qui n'a pas obtenu le diplôme universitaire à la date du 25 décembre est licencié, à moins qu'il ne puisse être autorisé à

redoubler cette dernière année en vertu de l'article 7 du décret du 15 juin 1880.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu à rembourser le montant des frais de scolarité et d'indemnité. L'élève licencié pour inconduite devra remplir, en outre, comme soldat, les obligations militaires auxquelles il est astreint, sans pouvoir jamais prétendre à aucun grade, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

TITRE IX. — *Stage à l'école d'application du service de santé.* — Tout élève du service de santé militaire, reçu docteur ou pharmacien de 1re classe, est nommé stagiaire à l'école d'application du 1er novembre au 25 décembre et sur le vu de son certificat d'aptitude, le médecin-chef de l'hôpital, sous les ordres duquel il est placé, lui fait délivrer immédiatement une feuille de route pour cette destination. Les directeurs du service de santé devront adresser au ministre, avant le 25 décembre, un état nominatif de ces élèves, et cet état sera envoyé, par le ministre, au directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire.

Les élèves du service de santé, admis à l'école d'application, y subissent un examen de classement, qui comprend les épreuves suivantes: 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examens de deux malades atteints : l'un, d'une affection médicale ; l'autre, d'une affection chirurgicale ; 3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° Interrogations sur l'hygiène.

Pour les élèves pharmaciens : 1° Une composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° Préparation de plusieurs médicaments inscrits au codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Cet examen est passé, du 26 au 31 décembre, devant un jury, présidé par le médecin-inspecteur de l'école et composé pour les élèves médecins, des médecins professeurs, et pour les élèves pharmaciens, des pharmaciens professeurs et professeur agréé à l'école, ainsi que d'un pharmacien-major désigné par le gouverneur de Paris, sur la proposition du directeur du service de santé de ce gouvernement.

Le stage commence le 1er janvier. Les stagiaires sont rétribués à l'école, sur le pied de 2.800 fr. par an, à titre de subvention ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une indemnité de 1re mise d'équipement. Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie seront licenciés et tenus au remboursement des frais de scolarité d'indemnité qu'ils auront pu toucher étant élèves, et d'indemnité de 1re mise d'équipement.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire, avant d'avoir accompli l'engagement de 10 ans. Les nominations à l'emploi d'élève du service de santé militaire, en 1887, seront au minimum de 58, ainsi réparties :

30 élèves à 4 inscriptions ; — 20 à 8 ; — 5 à 12 ; — 3 à 16.

Les vénériens à Saint-Etienne.

« L'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne a eu récemment, comme l'hospice de l'Antiquaille, sa petite révolte des vénériens. Mieux avisées que leurs sœurs de Lyon, au lieu de se barricader dans une salle, elles se sont évadées : qui jusqu'à la Terrasse, qui jusqu'à Rive-de-Gier. Par contre, les prouesses des Lyonnaises ont eu plus de retentissement. Le *Progrès médical* leur consacre un article où il est question d'écuries d'Augias, de laïcisation, etc. (1). Saint-Etienne méritait mieux que Lyon, d'exciter la généreuse indignation de notre confrère parisien. A l'inverse de l'Antiquaille, la propreté ne règne pas toujours dans le service (2), les lits ne sont pas convenables, puisque, en plein hiver, lorsque les vingt-quatre lits du service (*vingt-quatre lits pour les filles soumises et les vénériennes volontaires d'une ville de 120.000 habitants !*) se trouvent occupés, les dernières arrivées couchent sur des paillasses dans une salle du rez-de-chaussée, carrelée et ouverte sur un préau de prison où la neige n'est pas balayée (3).

« Comme mode de ventilation, il existe entre les battants des hautes portes vermoulues des joints tels que l'on pourrait, en certains endroits y passer le poing ; grâce à cette ingénieuse disposition, l'air de la salle a sensiblement diminué la température de l'air extérieur. Pendant les froides nuits d'hiver, les vénériennes doivent se prendre parfois à envier le sort des animaux parqués dans le bâtiment voisin, au moins ceux-là ont-ils chaud ! Comme les portes, les divers meubles (?) ont un cachet indiscutable d'ancienneté : les tables sont plus ou moins boiteuses, les bancs aussi ; il y a tout au plus quelques chaises basses, sans doute les rebuts des autres services que l'on a rendus utilisables en rognant les pieds encore intacts. En cas de révolte, *modo lugdunense*, les dégâts ne s'élèveraient pas à 400 francs.

« On ne sait si l'on doit le plus s'étonner du confort tout spécial du service ou de la placidité des vénériennes qui ont attendu jusqu'à ces derniers jours pour briser une porte complaisante et enfoncer une fenêtre fermée par une targette cassée. Peut-être la Sœur, inhospitalière à Lyon, n'est-elle pas autoritaire à Saint-Etienne ; le traitement s'y fait-il *ad libitum?* Peut-être, esprits rétrogrades, les filles soumises ont-elles voulu protester contre une méthode de traitement moins antédiluvienne (*Progrès médical*) que celle de notre confrère de Clermont? Peut-être ont-elles acquis des notions plus précises de topographie ? Nous n'essayerons pas de résoudre ce problème, pas plus que nous ne commettrons l'indiscrétion de parler du régime. Les vénériennes ont, paraît-il, brisé la porte en s'aidant de *la barre de fer dont elles se servent pour désobstruer le conduit des latrines.* Nous avons peine à croire qu'elles soient astreintes à de pareils travaux. Seraient-elles considérées, à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, comme autre chose que des malades ?

« Nous craignons que la réponse soit dans l'affirmative. Peut-être serait-ce la raison qui expliquerait, ainsi que l'incurie de nos administrations, pourquoi nous ne possédons pas encore de service d'hommes vénériens, pourquoi les volontaires sont emprisonnées dans un service mal aménagé, au milieu des filles publiques, qui achèvent de les rendre vicieuses ; entrées malades, elles en sortent prostituées.

« La police des mœurs a tenté parfois de se faire livrer les volontaires pour les enrégimenter parmi les filles soumises. En fait, l'agent de la sûreté ne se trompait guère ; il supprimait seulement leur stage de prostitution clandestine ; mais, en droit, combien pareille mesure est révoltante ! Mieux vaudrait la non réglementation de la prostitution qu'un pareil arbitraire ; le résultat serait, d'ailleurs, aussi grotesque que la mesure illégale : les volontaires ne se jetteraient certainement pas dans le filet de leur plein gré ; pour une clandestine saine de moins, il en resterait cent malades de plus ; mais n'insistons pas, nous sommes au dix-neuvième siècle et le Français a du bon sens, puisqu'il est né malin.

« C'est ce même bon sens qui aurait dû faire comprendre depuis longtemps la nécessité de la création d'un service d'hommes vénériens. Nous sommes honteux de l'avouer, les vénériens stéphanois sont admis, aux frais de la ville, à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon ; comme résultats, économie de la construction d'un pavillon d'hôpital, mais frais de séjour et frais de voyage s'élevant à des sommes considérables, système comparable au point de vue économique aux logements en *garnis* pour les particuliers ; nous doutons que nos régents le préfèrent pour eux ; il est piquant de constater qu'ils le préconisent pour leurs administrés ! Sans doute, Saint-Etienne est « le plus beau fleuron de l'Antiquaille, » mais les intéressés doivent se soucier comme d'une guigne de la réputation de l'Ecole de l'Antiquaille, si toutefois ils en ont oui parler.

« Nous ne saurions trop le répéter, il est urgent de créer à Saint-Etienne un service pour les hommes vénériens, les enfants, les dartreux, et d'agrandir le service des vénériennes, afin de séparer les volontaires des filles soumises. Pourquoi ne pas affecter aux vénériens la salle dite des voyageurs, devenue inutile par la création de l'asile de nuit, et certaines salles de l'hôpital militaire, le plus souvent inoccupées? Cette mesure ne serait que provisoire, mais au moins parerait-elle au plus urgent.

« Au moment où nous corrigeons les épreuves, un journal politique nous apprend qu'une nouvelle évasion vient de se produire ; ce journal proteste contre les mauvais traitements infligés par la Sœur aux pensionnaires du « Château-Floquet. » Informations prises, quelques filles soumises ont, en effet, tenté de s'évader au péril de leur vie ; la narration de leur odyssée formerait un des chapitres les plus émouvants de l'histoire des Evasions célèbres. Nous avons, en outre, appris qu'à Saint-Etienne, comme d'ailleurs dans la plupart des services similaires, en particulier dans les services spéciaux des hopitaux militaires, les prescriptions des médecins ne sont presque jamais remplies, soit par le fait de la négligence du personnel (1), soit par le fait de la mauvaise volonté des malades. Les soldats ne voient dans leur admission à l'hôpital qu'une occasion de couper (*sic*) le plus longtemps possible aux corvées, exercices, etc. ; les filles soumises, citoyennes hors la loi par le fait de la réglementation de la prostitution, qu'une vexation de la société à laquelle il faut se soustraire par tous les moyens possibles ; la plupart ne se croient pas malades et accusent les médecins de provoquer des séquestrations arbitraires. Quant aux

(1) Il n'est aucunement question de laïcisation dans l'article cité du *Progrès médical.*

(2) C'est ce qu'a constaté M. Bricon dans son article du *Progrès* (n° 12).

(3) Ne serait-on point autorisé à comparer cette salle aux écuries d'Augias ?

(1) Personnel religieux ou laïque ; c'est ce que ne dit pas la *Loire médicale.*

révoltes, évasions et autres faits qui se produisent périodiquement, il suffit, pour les faire naitre, de la présence d'une « mauvaise tête » au milieu de ces êtres primitifs, du bruit des liesses populaires arrivant du dehors, à l'occasion des fêtes publiques ; on s'explique ainsi les évasions du mardi-gras et de Pâques, à Saint-Etienne (1). DOCTEUR ? (*sic.*)

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Information faite par M. Mailly de Larye sur le sieur Lesecq.

Par information faicte le 8 octobre 1634 à Vanves de Mr Mailly et sa mère. J'ay trouvé que Mr Nicolas Lesecq est fitz de Lesecq son père lequel a esté à son èvenement frippier comme c'estoit aussy son père qui se nommoit le grand Michel Lesecq le Balafré. Sa mère est fille d'un marchand de vin de la rue St-Denis nomé Cremiller. Le père dudict Lesecq a causé la ruyne du frère dudit Mailly par ses brelanderyes et avec un nomé Morin et bien d'autres.

Pour lesdites livres qu'il dict luy estre deub par un grand, c'est que feu son père pour cent escus que luy donna madame d'Uzès, il s'obligea en une somme envers un particulier qui, faute de payement faict par ladicte dame, attendu que tout son bien est substitué, ledict Lesecq père a esté poursuivy condamné de payer et a vendu une maison devant le jeu de paulme de Paradis, celle Rue de la Plastrière et pour satisfaire à cette dette de laquelle il n'aura jamais rien.

Ledit Nicolas Lesecq a ruyné sa mère par son jeu et ses débauches et n'ont plus rien vaillant.

Le père dudit Lesecq doibt 150 livres audit sieur de Mailly que luy, Nicollas Lesecq a promis plusieurs foys audit Mailly luy payer, que son père luy avoit recomandé à la mort de ce faire. Mais il n'en a jamais peu tirer aucune chose. Ledit Nicollas Lesecq a este sy près de ses pièces que l'on a vendu jusques à son bonnet de nuict par justice, proche la Barrière, rue St-Honnoré, qu'il fit rachepter d'un quart d'escu.

Lorsqu'il fist bastir une galleryе en sa maison Rue Plastrière s'il eust cru le Conseil dudict Mailly, il ne leut pas faict, car Mr d'Epernon voyant faire ce bastiment qui estoit du temps de Mr de Luynes ; Ledict Sr d Espernon envoya querir ledict N. Lesecq qui lui dit : Et bien mon voisin, vous voyez que je ne suis plus en faveur, vous me voulez mettre en cage et veoir touttes mes actions par l'entreprise de votre Bastiment. Il luy fit responce qu'il estoit dans la coustume et qu'il avoit la justice pour luy et autres discours trop rudes qui picquèrent ledict Seigneur qui luy repartit : Eh ! quoi, mon voisin vous me voulez plaider, sachez que ce n'est mon mestier. Quelques jours et peu après ledict Lesecq fit rencontre un matin de quatre soldats ou autres devant les Quinze Vingtz, qui le bastonnèrent trop alors. Il se fit porter au parquet de Mrs les gens du Roy *qui conclurent à garder ses bastonnades.*

L'on dict qu'il se fist porter au Louvre et fist sa plaincte au Roy qui en parla à Mr d Espernon qui luy dict : Sire, je ne frappe point de faquins. Si cela m'estoit arivé, il ne s'en plaindroit point à votre Majesté. Ledict Lesecq sachant cela, alla se jeter aux piedz dudict Seigneur, luy demanda pardon et luy ofrit sa maison et tout ce qui en deppendoit, et s'il eut creu conseil, cela ne luy fut pas arrivé. (*Liasse* 875).

Le sieur Lesecq essaie sans cesse par tous les moyens de faire revenir à l'Hôtel-Dieu le régime antérieur à l'édit de 1505. Le dossier de ce Lesecq est de plus en plus volumineux. Nous en donnons quelques pièces choisies qu'il sera curieux de consulter pour se rendre compte de la ténacité avec laquelle le clergé voulait recouvrer ses droits si justement perdus. On remarquera aussi combien les administrateurs éprouvent de difficultés pour se débarrasser de ce Lesecq sourdement soutenu par son parti.

1635. 12 janvier. — *Plainte des Seigneurs gouverneurs de l Hostel Dieu contre le sieur Lesecq, maître au spirituel.* — (Extraict des *Registres du Parlement*). Ce jour, sur ce que le Procureur général du Roy a dit que Mrs administrateurs de l Hostel Dieu demandent à parler à la Cour. Mandèz en présence dudict Procureur général, eux ouïs en leurs plainctes de plusieurs désordres quilz ont dict estre audict Hostel Dieu à cause que ung nommé Lesecq prestre, nommé par les doiens chanoines et chappitre de nostre Dame pour vicaire ou maitre spirituel ne se gouverne comme il doibt et entreprend sur les choses *temporelles directement et contre* les termes précis de l'arrest de ladicte cour du deux may mil cinq cens cinq faisant reglement de ce qui doibt estre faict dans ledict hostel Dieu, les a traduictz par devant le bailly du chappitre au prejudice de ce que la Cour a laquelle de tout temps la congnoissance de telle matière appartient, est saisie de l'appel interjetté dudict bailly, sous le nom du Grand aumosnier de France, ont esté assignez au grand conseil plusieurs autres raisons representées par lesdicts Mrs et administrateurs supplians la Cour les prendre en sa protection *ou les descharger de l'administration qu'elle leur a commise* et de laquelle ils croient s'estre acquittez en leur conscience et ouy ledict Procureur général en ses conclusions ; la matière mise en délibération. Ladicte Cour a aresté que lesdicts administrateurs bailleroient par escript leurs plainctes et auront commission pour faire assigner en icelle lesdicts doyen et chanoines du Chappitre de Nostre Dame, ensemble ledict Lesecq pour y respondre et dire ce que bon semblera, a deschargé et descharge lesdits administrateurs de touttes assignations à eux données, faict deffences de les poursuivre ailleurs qu'en ladicte Cour, *ordonne qu'ils continueront* leurs charges et que pendant le présent différend desdits doien, chanoines et chappitre, *commettront autre que ledict Lesecq pour vicaire ou maître spirituel*, faict inhibitions et defenses audict Lesecq de s'immiscer en ladicte charge et aux officiers dudict Hostel Dieu et autres personnes de le recongnoistre, ce jusques à ce que aultrement par la Cour en ayt esté ordonné. A ceste fois pour ouir les plainctes des désordres qui sont audict Hostel Dieu, faire procès-verbal de l'estat des choses et y mettre l'ordre qui est à présent nécessaire suivant l'arrest de ladite Cour du deux may mil cinq cens cinq, a commis et commet Mrs Nicollas Leclerc, Samuel de la Nauve (?) Christofle Perrot et Claude Leclercq, conseillers en icelle, lesquelz se transporteront dès ce jour audict Hostel Dieu en présence dudict Procureur général et ce qui sera faict et ordonné pour lesdicts président, conseillers et commissaire *exécutté, nonobstant oppositions et appellations quelconques faites et à faire* et sans préjudice d'icelles et sera le présent arrest signiffié à tous qu'il appartiendra et executté à la requeste et dilligence dudict procureur général. Faict en Parlement le douziesme Janvier mil six cens trente cinq. (Arch. Ass. pub. — *Liasse* 875).

Association des médecins de Paris.

Le dimanche 24 avril a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, la réunion annuelle des membres de l'Association des médecins de la Seine. M. Barth, secrétaire général adjoint, a fait connaître la situation de cette Association dont le capital dépasse aujourd'hui un million. M. Brouardel a été nommé président; MM. Blanche et Guyon, vice-présidents ; M. Genouville, trésorier.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Rémy, Terrillon. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Marchand, Straus. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Pinard, Segond ; — (2e partie) : MM. Charcot, Damaschino, A. Robin.

MARDI 3. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Mathias-Duval, Richelot. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Grancher, Quenu ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Joffroy. — 5e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Cornil, Troisier, Quinquaud ; — (2e partie) : MM. Peter, Laboulbène, Hallopeau.

MERCREDI 4. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Reclus, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Gariel, Remy, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Pinard, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Marchand, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Straus.

JEUDI 5. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Panas, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Grancher, Mathias-Duval, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Cornil, Richelot ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Laboulbène, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Troisier, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Ball, Quinquaud.

VENDREDI 6. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Marchand, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Rémy, Straus. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy, — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Reclus, Budin ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Pinard, Terrillon.

SAMEDI 7. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Humbert. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Vulpian, Dieulafoy, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Troisier, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Le Fort, Cornil, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Peter, Grancher, Hallopeau.

(1) *Loire médicale*, n° 4, p. 103, 1887.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 2. — M. Peignon. Extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. — M. Baillet. Injection de cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. — M. Mejia. La blessure du péritoine dans la taille hypogastrique. — M. Cullerre. De la péritomie ignée (Ses applications en thérapeutique oculaire, son mode d'action et ses avantages). — M. Hyvernaud. Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse. — *Mercredi* 4. — M. Desforges. De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie. — M. Alexandre. De la leucocythose dans les cancers. — *Jeudi* 5. — M. Arturo Reyes y Sardina. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux. — M. Hervot. Contribution à l'étude de la périmétrite. — M. Collinet. Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause. — M. Berthod. Les enfants nés avant terme ; la couveuse et le gavage à la Maternité de Paris.

Enseignement médical libre.

Cours d'obstétrique. — M. Bonnaire : tous les jours, à 5 h., Amphithéâtre de l'école pratique.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. Le Dr Picard commencera son cours le lundi 2 mai, à 5 heures, Amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

FORMULES

XII. Potion contre la colique néphrétique. Dr Reliquet.

Extrait de jusquiame	0 gr. 20
Bromure de potassium	5 grammes.
Eau de tilleul.	120 —
Sirop.	30 —

à prendre par cuillerées à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à production du sommeil.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 avril 1887 au samedi 23 avril 1887, les naissances ont été au nombre de 1145, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 435 ; illégitimes, 146. Total, 581. — *Sexe féminin* : légitimes, 424 ; illégitimes, 140. Total, 564

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 avril 1887 au samedi 23 avril 1887, les décès ont été au nombre de 1209, savoir : 636 hommes et 573 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 9. T. 27. — Variole : M. 5, F. 5, T. 10. — Rougeole : M. 33, F. 38. T. 71. — Scarlatine : M. 6, F. 2, T. 8. — Coqueluche : M. 7, F. 5. T. 12. — Diphthérie, Croup : M. 26, F. 22, T. 48. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 87. T. 210. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 11. T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 5. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 24. T. 38. — Méningite simple : M. 26, F. 20. T. 46. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 23. T. 42. — Paralysie : M. 6, F. 3. T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3. T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 31. T. 56. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 14. T. 31. — Bronchite chronique : M. 22, F. 27. T. 49. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 18. T. 37. — Pneumonie M. 52, F. 57. T. 109. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 13. T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 11. T. 19. — Autres gastro-entérite : M. 6, F. 8. T. 14. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 4, F. 4. T. 8. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 6, F. 9, T. 15. — Sénilité : M. 14, F. 25. T. 39. — Suicide : M. 15, F. 12. T. 17. — Autres morts violentes : M. 7, F. 2. T. 9. — Autres causes de mort : M. 116. F. 87. T. 203. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 7. T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 74 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 17. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 21 ; illégitimes, 11. Total : 32.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — L'épreuve écrite a eu lieu le 25 avril 1887. Le sujet de la composition était : *Glotte* (anat. et phys.), *corps étrangers du larynx.* — Les candidats du concours qui s'ouvre aujourd'hui lundi 25 avril 1887, pour la nomination à une place de prosecteur, sont au nombre de dix ; ce sont : MM Delbet, Dumoulin, Festal, Lejars, Lyot, Potherat, Récamier, Sebileau, Thiéry et Villemin. Les juges du concours sont : MM. Le Fort, Panas, Lannelongue, Duplay e Farabeuf. Juges suppléants : MM. Trélat et Guyon.

Manœuvres obstétricales. — M. le Dr Budin, agrégé, fera la leçon d'introduction à ces manœuvres le lundi 9 mai 1887, à 1 heure 45, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté. Il fera ensuite, tous les jeudis, mais à 2 heures 45 et dans le Petit Amphithéâtre, une série de démonstrations. Les élèves, divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétriques, répéteront les manœuvres dans le Pavillon VI, au jour et à l'heure qu'ils auront choisis en s'inscrivant. Les manœuvres obstétricales sont gratuites. Pour être admis à y prendre part, les élèves devront se faire inscrire au bureau de l'École pratique d'anatomie, de midi à 4 heures, depuis le lundi 25 avril jusqu'au lundi 9 mai.

Faculté des sciences de Marseille. — Un congé d'inactivité est accordé, pour raison de santé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, à M. Saint-Loup, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Marseille.

École supérieure de pharmacie de Paris. — M. le Dr Guesdron est nommé médecin de l'hospice de Buzançais, en remplacement de M. le Dr Bénard, décédé. — M. Labruhe, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie (1re année) à l'École supérieure de pharmacie de Paris. — M. Cousin, bachelier ès sciences, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie (1re année) à ladite École.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 8 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à ladite École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Collège de France. — M. le professeur Brown-Séquard a commencé son cours de médecine, au Collège de France, le mercredi 20 avril 1887, à dix heures et demie du matin, et le continuera les jeudis et les mercredis suivants, à la même heure. Il étudiera, dans ses leçons, plusieurs questions relatives au cœur, à la respiration et à la chaleur animale.

Concours pour une place de médecin aliéniste des hôpitaux. — L'épreuve écrite a eu lieu lundi dernier. Les candidats ont eu à traiter la question écrite suivante : *Lobe frontal*, anatomie et physiologie. — Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : pie-mère cérébrale ; circulation cérébrale ; — quatrième ventricule, anatomie et physiologie. Aux précédents concours les questions traitées ont été : Circonvolutions cérébrales (1879) ; — Corps strié (1880) ; — Pneumo-gastrique (1884) ; — Substance grise de la moelle épinière (1886).

Crémation en Australie. — La législature de New South Wales (Nouvelle-Galle du Sud) a passé un acte pour autoriser légalement la crémation dans cette colonie.

On va établir les appareils crématoires dont les plans seront examinés par le Conseil de salubrité.

Toute personne voulant être incinérée doit prouver au gouverneur qu'elle est propriétaire d'un fief et obtenir de lui une autorisation qu'il peut accorder pour tout le pays. (*Medical Press and Circular*, 20 oct. 1886.)

Droits d'inscription. — Les étudiants de la Faculté de médecine de Paris qui sont en instance pour obtenir la dispense des droits d'inscription recevront réponse vers le 8 mai prochain. Ils prendront leur inscription du 11 au 14 mai prochain.

Dispense des droits d'inscription. — Par arrêté du 1er avril, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du versement des droits d'inscription pendant les troisième et quatrième trimestres 1886-1887, est fixé ainsi qu'il suit : Faculté de théologie protestante, 1 étudiant ; Faculté de droit, 290 ; Faculté des sciences, 1 ; Faculté de médecine, 127 ; École supérieure de pharmacie, 52 ; École préparatoire de médecine et École de pharmacie de Reims, 1. Les demandes en vue de dispenses des droits d'inscription devront être adressées aux doyens ou directeurs d'Écoles secondaires, avant le 1er mai 1886.

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la création de deux nouveaux services de chirurgie, à Beaujon et à St-Louis, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie : M. Duplay passe à Beaujon ; M. Lucas-Championnière prend, à titre définitif, le service provisoire de Saint-Louis ; M. Berger passe à Lariboisière ; MM. Peyrot et Blum passent à Tenon, M. Reclus passe à Bicêtre, et M. Felizet à l'hospice d'Ivry.

Par suite du décès de M. Gay, pharmacien de l'hôpital Laënnec, eut lieu les mutations suivantes : M. Bourquelot passe à Laënnec ; — M. Sonnier-Moret passe aux Enfants-Malades ; — M. Léger

passe à Beaujon ; — M. Berthoud passe à Trousseau ; — M. Gasselin prend la place de pharmacien, vacante aux Incurables.

HERBORISATIONS. — M. le professeur BAILLON fera sa prochaine herborisation sur les bords du canal latéral à la Marne le dimanche 1er mai 1887. Départ à midi du Pont de Charenton.

MUSÉUM DE PARIS. — M. le Pr de QUATREFAGES a commencé son cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, le mardi 26 avril 1887, à 3 heures, dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Il passera successivement en revue les principales questions générales de l'anthropologie. — M. le Pr P. DEHERAIN a commencé son cours de physiologie végétale, le 19 avril 1887, à deux heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

NOMINATIONS. — Le Ministre de la marine vient d'adresser des félicitations au docteur Boissade, médecin de la marine à Madagascar, qui a eu l'idée d'ouvrir dans la colonie un dispensaire où sont reçus les malades qui auparavant affluaient chez les méthodistes anglais. (*Presse maritime*, du 25 avril 1887).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.—*Prix Jean Dubreuilh :* Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné en 1888. Pour se conformer aux intentions de l'auteur de ce prix, qui a voulu que la question à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie appelle l'attention des concurrents, non seulement sur le traitement de l'accès éclamptique, mais principalement sur les soins à donner à la malade ; aussi met-elle au concours la question suivante : *Obstétrique : du traitement des éclamptiques.* — En obstétrique, les femmes qui sont menacées d'accès éclamptiques, celles qui en sont atteintes, celles qui, dans des grossesses antérieures, en ont éprouvé et pour lesquelles, pendant une grossesse nouvelle, on redoute l'apparition des mêmes accidents, ces femmes présentent des indications diverses et elles doivent être l'objet de soins spéciaux. Les moyens préventifs, curatifs, hygiéniques, médicaux, ainsi que les manœuvres obstétricales, ont été tour à tour conseillés suivant les cas. Il s'agit d'en apprécier la valeur, d'indiquer les circonstances dans lesquelles ils doivent être appliqués pour prévenir la maladie, en enrayer la marche et en combattre les effets. Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. G. SOUS, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 mars 1888, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LIEBERKUHN, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Marbourg. — M. le Dr Carl.E. MIRAM, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Kieff. — M. le Dr A. MEADOWS, de Londres. — MM. les Drs CELLIER (d'Oran), DESVIGNES (d'Egleny).

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred FOURNIER reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 29 avril 1887, à 9 heures du matin (Hôpital St-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.—*Ordre du cours* : Les mardis : Leçon au lit des malades ; les vendredis : Leçon à l'Amphithéâtre (10 heures) ; les jeudis : Leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par M. le Dr A.Darier, chef du laboratoire d'histologie.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique ophtalmologique. Démonstrations d'anatomie normale et pathologique.* — M. VASSAUX, chef du laboratoire, commencera ces démonstrations (Amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu) le jeudi, 12 mai, à 4 heures, et les continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure. Ces démonstrations seront faites au moyen de projections à la lumière électrique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

CULLERRE. — **Cas d'idiotie avec hypertrophie du cerveau.** Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés. . . . . 30 c.

FERÉ (Ch.) et BRÉDA (P.). — **Tentative de suicide par pendaison (amnisie rétroactive, modification du délire).** Brochure in-8 de 6 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés. . . . . 30 c.

MAIRET-COMBEMALE. — **De l'emploi de l'acétophénone (hypnone) en aliénation mentale.** Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

MARANDON DE MONTYEL (E.). — **Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect.** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

OSERETZKOWSKY (A-J.). — **Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes.** Brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés 70 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

WIET. — Physiologie spéciale de l'embryon. Recherches sur les phénomènes de la vie avant la naissance. Traduit de l'allemand par PREYER (W.). Volume in-8° de 642 pages, avec 9 planches hors texte. — Prix : 16 fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

ARLOING, CORNEVIN ET THOMAS. — Le charbon symptomatique du bœuf. Pathogénie et inoculations préventives. Vol in-8 de 281 pages, avec une planche. — Prix : 7 fr.

BARTH ET ROGER (H.). — Traité pratique d'auscultation suivi d'un précis de percussion. Volume in-18 cartonné de 872 pages. — Prix : 8 fr

DUBRISAY (J.) et YVON (P.). — Manuel d'hygiène scolaire à l'usage des délégués cantonaux, des médecins inspecteurs et des instituteurs. — Prix : 2 fr. 50 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

AZAM. — Hypnotisme. Double conscience et altération de la personnalité, avec une préface de M. le professeur J.-M. CHARCOT. Volume in-18 de 283 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.

BOUCHUT (E.). — Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1887 (8e année). Volume in-8° de 238 pages. — Prix : 4 fr.

MURRELL (W.). — Massage as a mode of treatment (2e édition). Volume in-12 cartonné de 100 pages. — London, 1887. — H.-K. Lewis.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulev. St-Germain

NATANSON (L.). — La circulation des forces dans les êtres animés. Essai de psychologie scientifique. Brochure in-8 de 74 pages.

CHUQUET (A.). — Notes sur les études médicales en Italie. Brochure in-8 de 54 pages. — Grasse, 1886. — Typographie Imbert et Cie.

LADAME (P.). — La responsabilité criminelle des aliénés dans l'antiquité, au moyen-âge et à la renaissance. Brochure in-8 de 29 pages. — Genève, 1886. — Librairie H. Georg.

PERRIN (E.-R.). — Note sur la nécessité de rattacher à une administration centrale de la santé publique les différents services d'hygiène. Brochure in-8 de 10 pages.

PETIT (G.). — Des rapports de la paralysie générale chez la femme, avec certains troubles de la menstruation. Volume in-8 de 173 pages. — Coulommiers, 1886. — Brodard et Gallois.

RAPIN (E.). — De quelques formes rares d'urticaire (urticaire géante, urticaire interne). Brochure in-8 de 25 pages. — Genève, 1886. — Librairie H. Georg.

SCHIFFERS (F.). — Compte-rendu des travaux et de la situation de la Société médico-chirurgicale de Liège, pendant l'année 1886. Brochure in-8 de 9 pages. — Liège, 1886. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

PUYERS (P.). — De l'action antipyrétique et antirhumatismale de l'antifébrine. — Liège, 1886. — Imprimerie Vaillant-Carmanne.

FOREL (A.). — Einige Hirnanatomische-Betrachtungen und Ergebnisse. Brochure in-8 de 37 pages, avec 2 planches. — Berlin, 1886. — L. Schumacher.

VIURA Y CARRERAS. — Instrucciones populares para evitar la propagacion y los estragos de la difteria. — Barcelona, 1886. — Espasa y Compania.

Librairie A. MALOINE, 91, boulevard St.-Germain.

ABADIE-LEROY. — Précis élémentaire d'anatomie pathologique. Volume in-18 de 288 pages. — Prix : 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

carotide primitive, mais toujours plus rapprochés du conduit laryngien. C'est tantôt par un trou médian, tantôt par des trous latéraux de la membrane crico-thyroïdienne qu'on voit sortir les troncs lymphatiques de la portion sous-glottique : le plus souvent ils suivent le trajet de l'artère laryngée inférieure et de ses rameaux perforants.

Ganglion pré-laryngé. — Les anatomies classiques non plus que les ouvrages spéciaux sur l'anatomie du larynx ou du système lymphatique, ne font point mention de ce ganglion ; seul, Tillaux (Anat. Top., 1882, p. 413) dit avoir trouvé souvent un ou deux ganglions lymphatiques dans l'espace crico-thyroïdien. La présence de ce ganglion est cependant fréquente, presque ordinaire, car on le rencontre sur la moitié des sujets environ. Je l'ai recherché sur une centaine de cadavres et je l'ai rencontré 49 fois. Il paraît résulter de mes observations qu'il peut s'atrophier et disparaître chez le vieillard, puisqu'il existait 19 fois sur 33 sujets de 1 à 9 ans, et seulement 30 fois sur 67 sujets adultes ou très âgés.

De grosseur variable avec l'âge des sujets, gros comme un pois chez l'adulte, quelquefois très petit et difficile à trouver chez l'enfant, ce ganglion pré-laryngé est placé au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, au milieu de la graisse et des ramuscules artériels et veineux qui remplissent le V circonscrit par les muscles crico-thyroïdiens. Le plus souvent médian il se cache parfois sous le bord interne de l'un ou l'autre muscle crico-thyroïdien. Enfin, une fois sur six en moyenne, on rencontre deux ganglions pré-laryngés au lieu d'un.

Lorsque le ganglion pré-laryngé manque, les troncs lymphatiques de la région sous-glottique, après avoir traversé la membrane crico-thyroïdienne, passent au-devant du muscle crico-thyroïdien pour gagner les ganglions laryngés inférieurs dont j'ai parlé plus haut. — Deux fois, j'ai vu ces troncs, après avoir perforé la membrane crico-thyroïdienne, remonter en passant au-devant du cartilage thyroïde jusqu'à un ganglion situé latéralement vers le bord supérieur de ce cartilage : on peut voir un exemple de cette disposition rare dans les pièces déposées au musée.

En résumé : la muqueuse laryngée possède un réseau lymphatique qui occupe la couche la plus superficielle du derme muqueux : ce réseau, également développé dans les régions vestibulaire, ventriculaire et sous-glottique s'appauvrit très notablement au niveau du bord libre des cordes vocales, de l'inférieure surtout.

Les troncs lymphatiques qui partent de ce réseau doivent être divisés en supérieurs et inférieurs. D'une façon générale ils suivent le trajet des artères laryngées supérieure et inférieure, si bien que leur disposition dans le larynx confirme une fois de plus la loi du développement parallèle des vaisseaux à sang rouge et de ceux à sang blanc.

Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du larynx sont répartis en plusieurs groupes : les supérieurs sont situés de chaque côté au niveau de la bifurcation de la carotide primitive ; les inférieurs, plus petits, placés au-devant de la membrane crico-thyroïdienne (ganglion pré-laryngé) ou sur les côtés du cartilage cricoïde au fond du sillon que forme l'accollement du larynx et des vaisseaux carotidiens.

Cette étude anatomique comporte un certain nombre de déductions pathologiques. Je pense que les adénites consécutives aux affections laryngées, aiguës ou chroniques, peuvent se manifester dans tous les ganglions qui reçoivent les troncs lymphatiques émanés du réseau laryngien. Il me semble qu'un certain nombre de tumeurs, d'abcès et de fistules, dont la pathogénie est encore obscure, peuvent être rapportés à des affections du ganglion pré-laryngé. Je suis sûr qu'un certain nombre d'abcès de la région sous-hyoïdienne ne sont que des adénites suppurées de ce ganglion : il serait aisé, en parcourant les auteurs, d'en recueillir de nombreux exemples ; et pour ma part, j'en ai observé un cas depuis que mon attention est fixée sur ce point. Pendant l'hiver 1886 1887 j'ai pu montrer plusieurs fois aux élèves qui disséquaient dans mon pavillon des hypertrophies du ganglion pré-laryngé. En même temps que je présentais à la Société anatomique (séance du 22 avril) les pièces injectées à l'aide desquelles j'ai fait cette description, je montrais un beau cas d'adénite, probablement tuberculeuse de ce même ganglion. Enfin, lorsque je communiquai mes recherches au Congrès d'otologie et de laryngologie, nombre de membres reconnurent dans ces ganglions laryngés inférieurs la raison d'être d'un certain nombre de tumeurs, sur la nature et la pathogénie desquelles ils étaient demeurés jusqu'à ce jour hésitants.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Plaie par arrachement du coude ; perte de substance du médian et sa suppléance fonctionnelle par le cubital ;

Par le Dr FERRET.

A propos des nouveaux faits d'anastomose nerveuse à l'avant-bras, entre le médian et le cubital, signalés dans le *Progrès* par le Dr Chaput, je crois intéressant de publier l'observation suivante, qui a été présentée à la Société de Chirurgie en juin 1885.

Un enfant âgé de 14 ans, entre à l'hôpital de Meaux, le 22 novembre 1883, à 4 heures du soir, pour un traumatisme du membre supérieur gauche produit à 8 heures du matin par une machine à battre. L'état général est bon ; le blessé a perdu très peu de sang. On trouve les lésions suivantes : le pouce, l'index et le médius broyés dans l'engrenage, sont divisés chacun en plusieurs tronçons, qui ne tiennent entre eux et aux parties saines que par des lambeaux de peau. Après avoir lavé les parties avec la solution phéniquée et rapproché les lambeaux, les doigts sont entourés de bandelettes de gaz iodoformées. Au niveau du coude, à la partie antéro-interne, il y a une large plaie, par laquelle sort l'extrémité inférieure de l'humérus, complètement dénudée dans une étendue de 5 centimètres. Au niveau des insertions musculaires, à l'épicondyle et à l'épitrochlée, les apophyses ont été arrachées. Pas de lésions des extrémités articulaires des os de l'avant-bras, qui sont remontés jusqu'à la partie moyenne de la face externe du bras. En se luxant, les os de l'avant-bras ont subi un mouvement de rotation, de telle sorte que leur face antérieure regarde le bord externe de l'humérus. Au fond de la plaie les tissus sont dilacérés, et il est difficile de reconnaître les muscles et leurs rapports. Les seules remarques intéressantes qu'on puisse faire, c'est que l'artère humérale a été rompue et que le nerf médian a résisté à la traction. Cet organe, à nu dans une étendue de 8 à 10 centimètres, est tendu comme une corde, d'une extrémité de la plaie à l'autre. Un bout de 5 à 6 centimètres de l'artère humérale pend hors de la plaie,

du côté de l'avant-bras. Les battements de l'humérale ne sont sentis que dans le tiers supérieur du bras; les pulsations ne sont pas perçues au niveau du poignet. Après anesthésie, la plaie est lavée avec la solution phéniquée, la luxation est réduite et on applique un pansement de Lister.

Le 23, les pansements sont tachés par une petite quantité de sang, pas de fièvre, l'appétit est bon. Le 24, le pansement du coude est enlevé; la plaie est douloureuse, a mauvaise odeur, et sur les bords on perçoit à la pression de la crépitation gazeuze. Le pansement de Lister est remplacé par un pansement à l'iodoforme. Le 25, toute douleur a disparu, l'état général est bon. Le 26, on constate que le nerf médian, à nu au fond de la plaie est flétri et présente une teinte grisâtre. Le 28, toute la partie dénudée du médian s'est gangrénée. Les pansements à l'iodoforme sont renouvelés tous les 4 ou 5 jours, et la plaie marche régulièrement vers la cicatrisation. Le 6 décembre, les bandelettes qui enveloppaient les doigts sont enlevées, et on voit que les segments sectionnés les plus éloignés du centre sont gangrénés, au pouce et à l'index, et se détachent avec le pansement qui est renouvelé. On sent les battements de l'humérale jusqu'à la partie moyenne du bras; les battements de la radiale au poignet sont aussi forts que du côté sain. Les plaies étaient cicatrisées complètement un mois après l'accident? et à ce moment, on constate que les mouvements communiqués de l'articulation du coude ne sont pas douloureux et ont leur amplitude normale. Les mouvements volontaires de flexion et d'extension, de pronation et de supination sont possibles, mais dans une petite étendue. On institue un traitement par les frictions excitantes et l'électricité; mais le malade veut absolument quitter l'hôpital. La sensibilité et la contractilité musculaires sont normales dans toute la zone innervée par le médian. En explorant par l'électricité la contractilité des muscles innervés par le médian, on constate que ce nerf, dont la continuité est interrompue dans une très grande étendue, est suppléé dans ses fonctions par le cubital. C'est en effet, en plaçant un des pôles sur le cubital, en arrière de l'épicondyle, et l'autre sur le muscle exploré, qu'on obtient sa contraction.

Ce fait rentre dans la règle, puisque la section du médian a porté au-dessus de la région où se fait l'anastomose quand elle existe.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Suite de notre réponse à la lettre de M. Després. — Le service des Enfants épileptiques et idiots de Bicêtre. — Nécessité d'organiser dans toute la France l'assistance des enfants idiots et épileptiques.

Nous avons laissé sans réponse, l'autre jour, les deux derniers paragraphes de la lettre de M. Després. Le premier d'entre eux était ainsi rédigé :

« M. Bourneville qui s'est taillé à l'hospice de Bicêtre, grace (*sic*) aux votes du Conseil municipal et à la bienveillance de l'administration, un service monumental qui coute (*sic*) des millons (*sic*), et quil (*sic*) n'aurait jamais obtenu sil n'avait pas été conseiller municipal, pourrait se contenter ce me semble de ce privilege excessif, et il devrait, en verité, laisser les autres hopitaux et leurs services tranquilles. »

M. Després nous fournissant l'occasion d'exposer devant le public médical l'historique de la création de la section des Enfants à l'hospice de Bicêtre, nous allons en profiter. Le faisant, nous serons utile à la cause que nous avons déjà soutenue et, en même temps, nous montrerons une fois de plus avec quel sans-gêne M. Després défigure les faits que, en sa qualité de Conseiller municipal de Paris et de Conseiller général de la Seine, il est en mesure de connaître très exactement dans tous leurs détails. Ces détails les voici :

Au mois de novembre 1877, la 3e Commission du Conseil général, frappée de l'état hideux dans lequel se trouvaient les enfants de Bicêtre, nous chargea, en notre qualité de rapporteur du budget du service des aliénés de proposer au Conseil la création d'une section spéciale pour les enfants. Ce vœu fut adopté et renvoyé à l'Administration de l'Assistance publique. Au mois de novembre de l'année 1878, à la suite d'une nouvelle visite qui avait permis de constater que la situation était encore plus grave qu'on ne l'avait pensé et, en présence de l'inertie de l'Assistance publique, nos collègues de la Commission nous invitèrent à insister de nouveau et très énergiquement pour remédier à une situation qui était tout simplement une honte pour la Ville de Paris. En effet, une même salle, renfermant un tiers de lits en trop, servait : 1° d'*infirmerie* pour les enfants atteints de maladies intercurrentes (angines, pleurésies, pneumonie, etc., etc.) ou d'affections chirurgicales (plaies, etc.); — 2° d'infirmerie pour les enfants atteints de *maladies contagieuses aiguës* (croup, rougeole, scarlatine, etc.) ou *chroniques* (teignes, ophthalmies, etc.); — 3° de dortoir, de réfectoire et de salle de réunion pour les enfants idiots *gâteux* invalides, c'est-à-dire ne marchant pas. Enfin, c'était dans cette même salle qu'on les mettait, en cas d'agitation, attachés à des poteaux, sur des chaises ou dans leurs lits. Tous les médecins et tous les conseillers qui visitaient cette espèce de dépotoir, en sortaient écœurés. C'est pour cela que, au Conseil municipal et au Conseil général, on a placé en tête du programme des réformes de l'Assistance publique des enfants, la création d'*urgence* d'une nouvelle section à Bicêtre. Nulle part ailleurs l'on observait un spectacle aussi navrant (1).

A cette époque, nous n'étions pas médecin de Bicêtre et rien n'autorisait à penser que nous serions chargé du futur service. Mais M. Herold ayant rétabli le concours pour les places de médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière (2), à la suite du décès de M. Berthier, nous avons concouru, et, malgré les amis cléricaux de M. Després, qui nous reprochaient la création des Ecoles d'infirmières et la laïcisation des hôpitaux, nous avons été l'un des deux élus (juin 1879). Notre collègue, M. J. Voisin, nommé le premier, choisit la deuxième section (aliénés adultes) et *nous laissa* la troisième, comprenant les épileptiques adultes et les enfants.

(1) Voici ce qu'écrivait M. le Directeur de l'Assistance publique de cette époque, M. Moring, dans son rapport au Préfet de la Seine : « En résumé, sous le rapport matériel et sous le rapport moral, le service actuel des enfants idiots et épileptiques *doit être irrévocablement condamné*, et il convient, *sans plus tarder*, de porter remède à un état de choses qui compromet le bien-être de toute une population si intéressante par ses souffrances, par ses misères et par son age. »

(2) Arrêté du 3 mars 1879.

Comme on le voit, ce sont des circonstances tout à fait inattendues qui nous ont placé à la tête du service des enfants, et nous ont mis à même de réaliser, en les complétant, les réformes réclamées dès 1858 par notre vénéré maître, M. Delasiauve, et successivement par nos prédécesseurs, MM. A. Voisin et J. Falret.

L'Administration, durant ce temps, s'était décidée à se conformer aux vœux du Conseil municipal et du Conseil général en présentant à son Conseil de surveillance un projet de création d'une section pour les enfants. L'auteur du projet, M. Brelet — que M. Després connaît intimement — avait imaginé un bâtiment de *quatre étages* (pour des épileptiques, des paralytiques, des enfants ne marchant pas !) et son bâtiment ne contenait que 120 lits alors que la population des enfants était de 130, qu'il y avait à l'Administration de nombreuses demandes que devait connaître M. Brelet et que le Conseil avait demandé une section pour 200 enfants au moins afin de ne plus être obligé de transférer ces enfants dans les asiles de province. Dans cette circonstance, une fois de plus, M. Brelet avait montré son insuffisance comme administrateur et son mépris pour les décisions du Conseil municipal.

Le projet Brelet, modifié sur nos indications (octobre 1879) par notre ami le Dr H. Thulié, fut approuvé par le Conseil de surveillance et introduit le 18 avril 1880 au Conseil municipal. Nous fûmes chargés du rapport. Notre responsabilité était doublement engagée. Comme médecin du service, comme conseiller-rapporteur, nous avions le devoir de faire un examen complet. Une étude quotidienne, attentive, des besoins des enfants, les renseignements recueillis sur les asiles analogues de l'étranger, nos visites à deux asiles anglais (Earlswood et Clapton) nous amenèrent à proposer au Conseil de faire rejeter le projet de l'Administration et à lui soumettre un nouveau projet.

Lorsque nous eûmes réuni tous nos matériaux, fait un programme des conditions que devait réaliser la nouvelle section, nous nous mîmes officiellement en rapport avec MM. Imard, inspecteur général de l'Assistance publique, Gallois, architecte de Bicêtre et le directeur de l'établissement, M. Ventujol. Nous eûmes la satisfaction de les voir adopter entièrement nos idées. M. Gallois fit un schéma du plan général, dressa les plans et devis détaillés des ateliers pour l'enseignement professionnel. Le Conseil de surveillance, puis le Conseil municipal adoptèrent le plan général, en principe, et décidèrent la construction des ateliers qui, commencée en octobre, était achevée en août 1883.

Puis, M. Imard fit le programme détaillé de l'ensemble de la section ; M. Gallois fit les plans et les devis de tous les bâtiments. Le tout fut soumis au Conseil de surveillance. C'est à partir de là que nous trouvâmes du côté de l'Administration des résistances que nous avons eu toutes les peines du monde à vaincre. M. Brelet ne nous pardonnait pas d'avoir substitué notre projet au sien. Aussi est-ce grâce à lui que l'Administration introduisit au Conseil municipal ce projet sans indiquer quels étaient les crédits qui devaient faire face aux dépenses : C'était un excellent moyen de tout faire échouer. Nous parvînmes à déjouer cette manœuvre, après des démarches que nous avons exposées ailleurs (1), en faisant prélever une partie de la dépense sur la subvention de *six millions* votée à la fin de 1882 et en me mettant d'accord avec M. le préfet Oustry pour demander au Conseil municipal une nouvelle subvention extraordinaire de 600,000 fr.

Enfin, le 29 juin 1883, quelques jours avant de quitter le Conseil municipal, nous fîmes voter les conclusions de notre rapport ; le crédit voté, qui était de 1.560.261 francs était destiné à la construction des réfectoires, des écoles, des bains, de deux pavillons à usage de dortoirs, du bâtiment des idiots gâteux, invalides et enfin de l'infirmerie. L'adjudication donna un rabais considérable qui permit de construire deux nouveaux pavillons de 40 lits chacun et, de plus, le *pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses* (2).

Non seulement la dépense n'a pas atteint *six millions* comme l'a répété M. Després ; — non seulement les crédits n'ont pas été dépassés, ainsi qu'il l'avançait si injustement, mais encore nous avons l'espoir que, les comptes réglés, sur le crédit voté par le Conseil municipal, c'est-à-dire sur 1.560.000 fr., il y aura un reliquat probablement suffisant pour la construction du *pavillon des cellules*.

Depuis le mois d'octobre 1883, époque où ont commencé les travaux, jusqu'à la fin (octobre 1885) nous n'avons rencontré que des résistances du côté de l'Administration. Nous en avons retracé l'histoire dans nos *Comptes rendus annuels de Bicêtre*, et M. Després pourra y trouver preuve sur preuve que la bienveillance de l'Administration n'a cessé de nous faire défaut. Elle n'a rien à revendiquer dans la section de Bicêtre ; cette création est due au Conseil municipal et ce sont MM. Floquet, Oustry, Poubelle et Bourgeois, qui, par leur intervention fréquente, ont forcé l'ancienne Administration à marcher, à exécuter les travaux avec une rapidité que M. Brelet qualifiait de scandaleuse.

Comme nous l'avons vu, la nouvelle section était destinée à remédier à une situation déplorable et, avant le rejet du projet Brelet, tout le monde était d'accord pour en reconnaître l'urgence. Ce n'est pas tout, le projet était destiné à faire face à des besoins qui ne sont guère connus que des médecins des hôpitaux d'enfants, des conseillers municipaux et des administrateurs, en nombre trop rares, qui observent les misères sociales. En d'autres termes, il était conçu pour hospitaliser les *enfants dits incurables*. Lorsque nous avons proposé 400 lits, on craignait que ce chiffre ne fut exagéré. Or, à l'heure actuelle, tous les bâtiments sont occupés et, en outre, il y a ailleurs, dans la section des adultes, entre autres plus de 80 enfants ; il y en a une vingtaine au Bureau d'admission de l'asile Ste-Anne, confondus avec les adultes, couchant le soir sur des matelas disposés sur le parquet des dortoirs, dans les couloirs même et chaque semaine, par suite de l'encombrement, le directeur de l'Asile clinique (Ste-Anne) refuse de recevoir de nouveaux enfants.

(1) *Compte rendu du service des Epileptiques et enfants de Bicêtre*, 1882, 1883, 1884.

(2) Nous publierons la description de ce pavillon dans l'un des prochains numéros.

*

D'où il suit qu'il reste encore beaucoup à faire pour compléter l'assistance des enfants incurables à Paris et dans le département de la Seine. C'est pour cela que nous n'avons cessé de réclamer l'agrandissement de la section des enfants à la Salpêtrière ou la création d'une nouvelle section. Cette réforme, il y a quelques années, eût été facile et peu coûteuse. L'indifférence, l'insouciance de l'ancienne administration, par ses atermoiements pour ne pas employer une expression à la fois plus sévère et plus juste, l'a rendue, au contraire, très dispendieuse (1).

La Société doit l'assistance à tous ces malheureux enfants pour eux d'abord, pour elle ensuite. Et comme ces enfants sont les plus déshérités parmi les enfants, à moins qu'elle n'en décide la destruction, elle doit les assister et, les assistant, elle doit le faire dans les conditions exigées par la science. Cette assistance ne peut se faire à domicile — comme pour les vieillards, laquelle devrait être beaucoup plus étendue, — mais par l'hospitalisation. Ces enfants, en effet, à la maison, immobilisent un membre actif de la famille pour les soigner; ils sont l'occasion d'impressions pénibles, douloureuses, pouvant avoir de graves conséquences pour la mère si elle redevient enceinte; ils sont dangereux pour leurs frères ou leurs sœurs en raison de leurs impulsions maladives, de leur dépravation, de leurs instincts pervers. Enfin ils doivent être hospitaliers parce que le traitement et l'éducation qui leur sont nécessaires ne peuvent être donnés à domicile, et ne peuvent être convenablement organisés que dans des établissements spéciaux. Les résultats sérieux, obtenus dans les asiles de l'étranger, principalement par l'application des idées, de la méthode d'un de nos compatriotes, Séguin, font un devoir aux administrateurs français et aux Conseils élus, d'organiser enfin cette assistance dans tout le pays.

Le Conseil général de la Seine et le Conseil municipal l'ont compris; ils ne leur restent plus qu'à compléter leur œuvre. Malheureusement il n'en est pas de même en province et il est indispensable que le Gouvernement se préoccupe sérieusement de l'Assistance des enfants incurables dans les départements; il faut qu'il donne des instructions en ce sens à ses préfets, afin que ceux-ci indiquent aux Conseils généraux la nécessité d'étudier cette question, de combler cette lacune de notre organisation hospitalière si défectueuse à tant d'égards (2) et les amènent à la création d'*asiles interdépartementaux pour les enfants idiots, épileptiques, paralytiques et pervers.*

Il ne nous reste plus en terminant ce trop long article qu'à remercier M. A. Després de nous avoir fourni l'occasion d'appeler une fois de plus l'attention sur une réforme dont tous les hommes sérieux comprennent l'importance sociale et l'intérêt au point de vue hospitalier. BOURNEVILLE.

(1) Plus tard il conviendra de créer dans le département de la Seine un asile pour les idiots adultes des deux sexes.

(2) Voir entre autres les articles du *Progrès sur l'hospitalisation des vénériens*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRES D'OPHTALMOLOGIE

Le lundi, 2 mai, s'est ouvert le troisième Congrès français d'Ophtalmologie, dans l'hôtel de la rue des Poitevins qui doit devenir le « Palais des Sociétés Savantes ». La séance a été ouverte par M. PANAS, président du Congrès. M. Panas, après avoir rappelé la mort de deux membres éminents de l'Association, MM. Hart et Horner, a informé ses collègues qu'une souscription était ouverte dans le but d'élever un monument à la mémoire de Daviel et les a engagés à y participer. Puis il a prié M. Maklakoff, président de la séance du jour, de vouloir bien prendre place au fauteuil.

Séance du 2 mai. — PRÉSIDENCE DE M. MAKLAKOFF.

M. MAKLAKOFF — Je remercie vivement mes collègues de l'honneur qu'ils veulent bien me faire en me nommant président. Cet honneur, je ne l'ignore pas, ce n'est pas à mes mérites personnels que je le dois; je ne puis le considérer, en effet, que comme une marque de courtoisie, une expression de sympathie pour la nation Russe dont je suis pour le moment le représentant accidentel.

Permettez-moi à mon tour de profiter de la circonstance pour vous affirmer qu'en Russie notre sympathie pour la France est non moins vive que celle que vous voulez bien nous témoigner. Je crois même, si j'en juge par mes impressions personnelles, que cette sympathie pour la France s'accroît chez nous de jour en jour. N'oublions pas que dans toutes les circonstances et dans toute chose l'union seule fait la force. (*Applaudissements chaleureux*).

De l'astigmatisme. — M. JAVAL. Depuis 1880, je recherche les relations qui existent entre l'astigmatisme total et l'astigmatisme cornéen. C'est là une étude fort longue, et depuis l'époque où je l'ai entreprise, je n'ai parcouru qu'une petite partie du chemin. Encore est-il que les résultats auxquels je suis arrivé jusqu'à présent en me servant de mon ophtalmomètre, ne sont que des résultats probables. J'ai pensé cependant qu'il pouvait être de quelque utilité de vous faire connaître ces recherches quelqu'incomplètes qu'elles puissent être.

Il résulte de l'examen d'un très grand nombre d'yeux d'astigmates, que l'astigmatisme régulier comprend au moins trois espèces distinctes. L'une d'elles se présente dans les yeux dont le méridien vertical présente la plus grande courbure.

La seconde se rencontre habituellement chez ceux dont l'astigmatisme est placé dans une direction perpendiculaire à celle du cas précédent. Enfin, la troisième variété se rencontre plus souvent dans les yeux dont les méridiens sont situés à 45 degrés.

Dans la première de ces variétés, la plus ordinaire, la presque totalité de l'infirmité réside dans la cornée, autrement dit l'astigmatisme total est presque égal à l'astigmatisme cornéen. Dans la seconde, la difformité réside principalement dans le cristallin, de telle façon que, l'astigmatisme total est bien supérieur à l'astigmatisme cornéen. Dès lors, quand vous aurez à donner des verres à des malades de cette catégorie, vous devez vous attendre à trouver souvent une ou deux dioptries d'astigmatisme cristallinien statique. C'est parmi les yeux de cette catégorie que se recrutent en masse le glaucome et la cataracte.

La troisième variété, qui se rencontre plus souvent dans les yeux dont les méridiens forment des angles de 45° avec la verticale, ne ressemble pas aux précédentes. Elle s'accompagne d'une décentration du globe qui peut aller jusqu'à 20 et 25°. Ici les verres correctifs ne donnent de correction qu'au moyen d'une vision oblique.

Puisque nous parlons d'astigmatisme, je ferai, avant de terminer, la proposition suivante : Jusqu'à présent, il n'y a pas de règles en Europe pour noter la position du cylindre, ce qui est une cause perpétuelle d'erreurs chez les opticiens. Ne pourrions-nous pas nommer une commission qui étudierait cette question et nous présenterait avant la fin du Congrès, une résolution que nous adopterions tous pour l'avenir.

M. PROUF. — M. Javal nous dit que certaines mensurations ne peuvent être faites qu'avec l'ophtalmomètre; je lui ferai remarquer

PRIME EXCEPTIONNELLE
Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

que le kératoscope de Placido donne également d'excellents résultats puisqu'il permet de mesurer l'astigmatisme, avec 0,50 dioptrie d'erreur au plus.

M. JAVAL. — Le kératoscope de Placido ou de Javal et Schiotz, ne donne pas une approximation suffisante. Tous les kératoscopes sont des instruments nuisibles, car ceux qui s'en servent croient avoir mesuré quelque chose et se dispensent de faire de l'ophtalmométrie.

La proposition de M. Javal relative à la nomination d'une commission est adoptée, et l'on nomme MM. Javal, Martin (de Bordeaux) et Parent.

Croissants de la pupille et contractions astigmatiques; par le Dr GEORGES MARTIN (BORDEAUX). — Le croissant papillaire se rencontre toujours chez des yeux astigmates. Sa direction se trouve toujours dans un plan parallèle à un des méridiens principaux. C'est la contraction astigmatique du muscle ciliaire qui est la cause de l'apparition et du développement de cette lésion.

Pour établir l'influence des contractions astigmatiques, il faut que nous montrions que les croissants sont toujours situés ou tout au moins, ont une prédilection toute particulière à se manifester à l'extrémité de ces contractions. A un astigmatisme cornéen vertical devra correspondre une contraction correctrice horizontale ; à un astigmatisme horizontal, une correction verticale; à un astigmatisme oblique, une contraction oblique et perpendiculaire. Dans le premier cas, le croissant devra être horizontal (externe); dans le deuxième, vertical (inférieur); et, dans le troisième. oblique à angle droit. Les faits confirment cette hypothèse.

Sur 358 cas d'astigmatisme selon la règle (verticaux), nous avons trouvé 336 croissants externes et seulement 22 inférieurs. Sur 24 astigmatismes, contraires à la règle (horizontaux) 24 fois le croissant était vertical. Sur 22 astigmatismes obliques, 15 fois le croissant s'est montré perpendiculaire et seulement 7 fois parallèle à l'astigmatisme cornéen. Dans les cas d'astigmatismes cristallins (9) le croissant s'est trouvé parallèle à l'astigmatisme subjectif par le motif que l'astigmatisme se trouve constitué par la contraction.

En résumé, le croissant s'est trouvé parallèle à la contraction dans 384 cas sur 413, c'est-à-dire dans la proportion de 93 0/0. Ce chiffre n'a pas besoin de commentaire. Nous espérons le voir remplacer par celui de 100 0/0; car il est probable que les cas actuellement en opposition, sont des astigmatismes cornéens engendrés par contraction ciliaire partielle, ce qui expliquerait pourquoi le croissant se trouve parallèle à l'astigmatisme cornéen et non perpendiculaire comme dans les autres faits.

L'intervention du muscle ciliaire, dans la production d'un des éléments les plus intimes de la myopie est donc un fait certain. C'est le moins que l'on puisse déduire de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer. Et, en tenant compte de deux autres faits d'observation qu'il n'y a pas de myopie sans astigmatisme (statistique ou dynamique) et que le meilleur moyen d'arrêter la marche d'une myopie est le port constant du cylindre correcteur, il est permis d'affirmer que les contractions astigmatiques du muscle ciliaire jouent un rôle essentiel, primordial, dans la production et le développement de la myopie. Ce qu'il faut incriminer, ce ne sont pas les contractions qui apparaissent spontanément pour opérer la contraction astigmatique, mais celles chez qui les sujets anémiés et débilités ont besoin pour se produire du secours d'une forte tension accommodative et de la convergence, conditions reconnues par tous les ophtalmologistes comme les plus propres à la déformation myopique de l'œil.

Pour moi je pense qu'on pourrait s'opposer au développement de la myopie en corrigeant soigneusement l'astigmatisme de tous les écoliers, cela, quelles que soient les conditions d'éclairage dans lequel ils seront placés et en supposant même que ces écoles soient mal aménagées.

M. VACHER (d'Orléans). — Je suis de l'avis que formulait tout à l'heure M. Javal au sujet de la corrélation qui existe entre l'astigmatisme contre la règle et l'apparition de la cataracte à un age rapproché. Ce que vient de nous dire M. Martin sur le staphylome est intéressant à ce point de vue, parce que si nous admettons que les contractions partielles du muscle ciliaire produisent un astigmatisme cristallinien, en corrigeant cet astigmatisme, on arrivera à diminuer ce staphylome, et l'on préviendra l'apparition tardive de la cataracte.

M. ARMAIGNAC (de Bordeaux). — Parmi les nombreux astigmates que j'ai observés depuis 9 ans, et dont j'ai conservé les dessins, je n'en trouve qu'un très petit nombre pour lesquels il y ait une relation entre la direction du staphylome et celle de l'astigmatisme

M. JAVAL. — Je ne serais pas éloigné au contraire de reconnaitre l'exactitude des relations qui viennent de nous être signalées entre la direction du staphylome et celle de l'astigmatisme. Je crois, d'ailleurs, que pour combattre cette manière de voir, il faut avoir fait des mensurations sérieuses comme permet de le faire l'ophtalmomètre. Toutes les autres sont sujettes à erreur et je suis le premier à m'en apercevoir lorsque j'examine à l'ophtalmomètre des malades que j'ai déjà examinés au moyen des symptômes objectifs. Bien souvent cette dernière mensuration m'a fourni des résultats erronés.

Si j'avais une objection à faire à M. Martin, elle serait relative à la phrase qui termine sa communication et d'après laquelle il croit pouvoir déclarer que le jour où l'on corrigera l'astigmatisme des enfants de nos écoles, ils ne deviendront plus myopes, quelque éclairage qu'on leur fournisse. Je crois que dans ces conditions, le nombre des myopes diminuera, mais je ne crois pas qu'il n'y en aura plus.

M. GORECKI. — Je crois qu'on charge beaucoup l'astigmatisme en disant qu'il est la cause de la myopie d'abord, de la cataracte ensuite. Ce que je crois, c'est que la cause héréditaire, congénitale, qui produit ces trois états est de même nature. Elle produit d'abord l'astigmatisme, puis, continuant son œuvre, elle produit ensuite la myopie et la cataracte, mais ce n'est pas l'astigmatisme qui les produit.

M. MARTIN. — Je crois avec M. Javal, que dans le cas qui nous occupe, les faits n'ont quelque valeur que lorsqu'ils auront été étudiés avec la rigueur scientifique à laquelle seul l'ophtalmomètre nous permet d'arriver. En ce qui concerne la myopie, je ne regrette nullement la phrase que l'on incrimine. Depuis 4 ans que je corrige par des verres cylindriques l'astigmatisme des myopes dont la maladie était en état de croissance, j'ai toujours vu les progrès du mal s'arrêter.

Tout récemment, je voyais un jeune homme qui était venu me voir il y a 3 ans pour une myopie en voie d'accroissement rapide, je me bornai à lui ordonner uniquement les verres correcteurs de son astigmatisme et je ne m'occupai plus de lui. Je l'ai vu il y a quelques jours, sa myopie était complètement arrêtée.

M. DE WECKER. — M. Javal vient de nous dire qu'il considérait comme erronées toutes les mensurations prises par les anciennes méthodes, lorsqu'elles ne venaient pas confirmer celles données par l'ophtalmomètre. J'en conclus que M. Javal croit qu'à l'heure actuelle, il est arrivé à une méthode qui ne permet plus l'erreur. Je constate ce fait et je l'en félicite publiquement.

M. JAVAL. — Je ne comprends pas bien l'objection. J'appartiens à une religion qui n'admet l'infaillibilité en aucune circonstance surtout en matière scientifique.

Sur la notation horaire de l'astigmatisme. — M. BOUCHERON (de Paris) fait remarquer que le cadran horaire étant usité très généralement aujourd'hui pour le diagnostic clinique de l'astigmatisme, il y a lieu de se servir du nom des heures pour désigner l'axe de l'astigmatisme et l'axe des cylindres correcteurs. Ainsi, par exemple, on dira astigmatisme hypermétropique vertical, II^h, III^h 1/2, etc., se corrigeant par le verre cylindrique convexe 1 dioptrie, 2 dioptries axe vertical, II^h, III^h 1/2, etc. Astigmatismes myopiques I^h, II^h 1/2 se corrigeant par le cylindre concave perpendiculaire IV^h, V^h 1/2. On évitera ainsi la confusion qui existe actuellement et qui provient de ce que les auteurs placent, les uns, le zéro au sommet de l'axe vertical, les autres, à droite de l'axe horizontal.

M. TSCHERNING présente un instrument destiné à simplifier l'*ophthalmomètre* de Javal, dans lequel le dédoublement s'obtient avec un objectif fendu, système proposé par M. Potier. Cet ophthalmomètre a besoin d'un éclairage assez faible.

Son prix ne dépassera guère 100 francs alors que l'ophthalmomètre de Javal coûte de 4 à 500 francs; encore ne le trouve-t-on que difficilement chez les opticiens,

M. GEORGES J. BULL (de New-York) a présenté un *optomètre* qui sert à mesurer approximativement la réfraction et l'amplitude de l'accommodation avec une grande rapidité.

La partie essentielle de l'optomètre est formée de onze petits dominos échelonnés à des distances convenables et qu'on doit regarder d'un point situé à 15 mill. au dessus de l'extrémité de la règle qui les supporte. Chaque domino porte un nombre de points

égal au nombre de dioptries correspondant à sa distance, de manière que la position du *punctum proximum* et du *punctum remotum* du malade est indiqué par ses réponses.

L'instrument porte deux lentilles, et la règle est divisée par des échelles pour faciliter le calcul.

Des images kératoscopiques. — M. Cuignet. — Les images kératoscopiques sont produites par l'illumination de l'œil et cet éclairage se traduit à la pupille par un disque. Ce disque prend des teintes ombrées ou brillantes, et ces teintes sont en rapport avec les états de la réfraction. C'est là le fait important qui a été découvert par M. Cuignet et qui a été expliqué et perfectionné par MM. Parent, Mangin et Chibret.

Estimant que les aspects kératoscopiques sont fort difficiles à reconnaître, M. Cuignet les a représentés par des dessins. Ces dessins se composent : 1° du disque rouge d'illumination pupillaire ; 2° du disque d'éclairage par le miroir ; 3° d'un encadrement noir qui les limite et les relève.

Une première série indique l'emmétropie et l'hypermétropie par le moyen de l'ombre procédant du centre vers la périphérie du disque, et la myopie par le moyen de l'éclat procédant de la périphérie vers le centre du disque. Une seconde série indique l'emmétropie et l'hypermétropie par la position de l'ombre, qui est « inverse », et la myopie par la position contraire de l'ombre « qui est directe. » Il y a donc deux manières.

Ces deux manières servent encore à déterminer l'astigmatisme, selon les positions relatives de l'ombre, ou de l'éclat sur les méridiens principaux du disque ou sur les méridiens obliques. Enfin la kératoscopie fournit aussi des images propres à reconnaître la kératocone, dès son début, les taches et les inégalités de la cornée, les décentrations, les différences d'épaisseur de cette membrane. Elle peut servir encore à déterminer les réfractions chez les animaux. M. Cuignet se propose de réunir ces dessins en un atlas qui sera prochainement mis à la disposition des médecins.

M. Parent vante les avantages de la méthode si rapide et si pratique préconisée par le Dr Cuignet. C'est actuellement le procédé choisi pour l'étude de la réfraction. Il permet de la déterminer avec un peu d'habitude à 0,25 dioptrie près, pourvu qu'on emploie l'atropine ou la cocaïne. Ces résultats atteignent presque la perfection de ceux obtenus par l'ophtalmomètre de Javal et avec plus de simplicité.

M. Javal présente des photographies désignées à l'étranger sous le nom de disques de Placido et qui sont des images kératoscopiques; elles représentent, avec la plus grande netteté, les ombres rétiniennes.

M. de Wecker. — M. Javal nous dit que les disques qu'il nous présente sont appelés à l'étranger, disques de Placido. Comment sont-ils appelés en France?

M. Javal. — Disques de Wecker!

M. de Wecker. — A la suite de cette plaisanterie, l'assemblée comprendra que M. Javal n'admet pas que les disques dont il s'agit soient dus à Placido, mais qu'ils ont été inventés par M. Javal!

M. Zieminski (de Varsovie) lit un travail sur la détermination du degré de l'amétropie par la *rétinociascopie*.

Conjonctivite purulente diphtéritique. — M. Coppez (de Bruxelles). — Dans la communication que nous donnons en résumé, il n'est pas question d'une conjonctivite pseudo-membraneuse, voire même diphtéroïde compliquant une ophthalmie purulente des nouveaux-nés, mais bien d'une véritable diphthérite débutant d'emblée sur les deux yeux à la fois, chez un enfant de dix-sept jours, c'est-à-dire à une époque où on ne peut plus invoquer comme cause productrice l'infection, au moment de l'accouchement, par l'écoulement vaginal de la mère.

Mon malade était un enfant chétif né de parents non syphilitiques ; la conjonctivite débuta le 9 février 1887 par une infiltration fibrineuse sous-conjonctivale donnant à la muqueuse palpébrale un aspect blanc jaunâtre ; l'infiltration s'étendit bientôt à la conjonctive bulbaire, sous forme d'un chémosis jaunâtre lardacé ; l'aspect extérieur des yeux ressemblait, à s'y méprendre, à celui que présente le phlegmon aigu gangréneux des paupières ; le cinquième jour, les cornées étranglées par le chémosis étaient opiacées et tout faisait craindre la gangrène.

Le jus de citron vanté par M. Fieuzal triompha de cette terrible ophthalmie. La résorbtion de l'exsudat fibrineux s'effectua sans suppuration de la conjonctive et sans cicatrices vicieuses; en trois semaines, l'enfant était radicalement guéri et ne présentait pas la moindre opacité de la cornée.

M. Abadie. — Cette observation est très intéressante, en raison de l'extrême rareté de la conjonctivite diphthérique dans la première enfance.

Les conjonctivites que l'on rencontre à cette époque de la vie, sont le plus souvent des conjonctivites purulentes ou des conjonctivites diphthéroïdes, bien différentes des précédentes.

Le diagnostic de ces diverses variétés est des plus important au point de vue du traitement. C'est ainsi, par exemple, que les cautérisations au nitrate d'argent toutes les douze heures, qui constituent le mode de traitement par excellence de la conjonctivite purulente est dangereux dans la conjonctivite diphthéritique ou diphthéroïde. Ce qu'il faut dans ce dernier cas, c'est l'usage fréquent des antiseptiques : poudre boriquée, iodol, etc , auxquels on ajoute les scarifications de la conjonctivite.

En ce qui concerne la conjonctivite diphtéritique, j'en ai personnellement observé deux cas. Ils différaient considérablement de la conjonctivite purulente : la suppuration faisait défaut, le gonflement des paupières était tout particulier, la conjonctive était couverte de plaques blanchâtres, et, dès le début, on observait des complications cornéennes.

Sur mon premier malade, un enfant de quinze jours, les deux yeux se sont successivement pris et tous deux ont été perdus. Le second était âgé de trois semaines, sa conjonctivite avait le même aspect clinique que dans le cas précédent. Je touchai la surface de la conjonctive au galvano-cautère, j'employai les antiseptiques sous toutes les formes, et alors que tout me paraissait perdu, je pus constater une amélioration d'abord, une guérison ensuite. Comme je n'ai pas employé ce traitement dans le premier cas, c'est à lui que j'attribue cet heureux résultat.

M. Dianoux. — Je ne crois pas que l'on doive distinguer la conjonctivite diphthéroïde de la conjonctivite diphtéritique. La différence de gravité qui sépare ces deux affections ne tient pas à leur nature intime, mais, à certaines conditions mal déterminées, qui font que la même maladie, très sérieuse dans un cas, l'est beaucoup moins dans un autre.

Les conditions de milieu paraissent jouer un rôle important à ce propos. C'est ainsi que les épidémies de conjonctivites de cette nature que j'ai observées à Paris m'ont toujours paru beaucoup plus graves que celles que j'observe en ce moment à Nantes et dans la région de l'ouest.

M. Gaupillat (de Troyes). — La conjonctivite diphtéroïde guérit souvent dans la région ou j'exerce, mais cette variété n'a pas la gravité de la conjonctivite diphtéritique, bien différente à mon sens de la précédente.

Je viens d'observer un cas où le diagnostic de diphthérie vraie s'impose en quelque sorte. C'est un jeune militaire dont la conjonctive s'est recouverte du jour au lendemain de fausses membranes épaisses, lardacées, d'un aspect tout différent de la couenne de la conjonctivite purulente. La muqueuse est parsemée de plaques hémorrhagiques, enfin la cornée est prise. Tous ces phénomènes graves et à marche rapide, se sont produits sans suppuration notable.

M. Gorecki. — La véritable conjonctivite diphthéritique est très rare et doit être distinguée de la conjonctivite diphtéroïde que l'on peut considérer comme une simple complication de la conjonctivite purulente. Dans ces dernières on devra employer le nitrate d'argent qui sera remplacé par des antiseptiques dont on changera de temps à autre la nature.

Les conjonctivites purulentes sont généralement bien moins graves que les conjonctivites diphthéritiques, mais il y a cependant une exception : c'est quand la conjonctivite purulente se développe sur des enfants nés avant terme. Dans ce dernier cas, le malade perd presque toujours les yeux, sans doute en raison de l'insuffisance de sa nutrition générale.

M. Altenhorf (de Genève). — Je crois également qu'il faut distinguer la conjonctivite diphthéritique de la conjonctivite diphtéroïde, car j'ai vu des conjonctivites diphthéritiques se développer en connexion avec des épidémies de croup.

En ce qui concerne les conjonctivites purulentes, je ne pense pas qu'elles soient toujours identiques à la maladie qui leur a donné naissance. Les produits des inoculations ne sont pas toujours identiques comme espèce clinique à la maladie qui a fourni le pus d'inoculation. C'est ainsi, par exemple, que certaines conjonctivites blennorrhagiques peuvent revêtir un caractère diphtéritique.

M. Dubois (Paris). — J'ai vu une ophthalmie diphthéritique vraie, sans manifestation du côté de la gorge ou du nez, s'accompagner de paralysie du voile du palais et des membres inférieurs.

M. Fieuzal. — Je suis heureux d'entendre ces observations de diphthérie de la conjonctive qui confirment ce que que je disais l'année dernière au sujet de l'existence de ces maladies. J'ai employé avec succès, en pareil cas, le jus de citron, seulement je ne

me contente pas de l'instiller dans l'œil, j'en imbibe un pinceau avec lequel je touche les parties de la conjonctive qui ne sont pas encore recouvertes de plaques diphtéritiques. Toucher ces plaques elles-mêmes, me paraît devoir augmenter la tendance à la mortification des parties sous-jacentes.

M. GALEZOWSKI. — Le fait de M. Coppez est tout à fait exceptionnel. Depuis plus de 20 ans, je n'ai vu qu'un seul cas d'ophthalmie diphtéritique véritable.

M. DE WECKER. — La communication de M. Coppez, bien loin de confirmer l'opinion de M. Fieuzal, vient à son encontre puisqu'elle prouve une fois de plus ce que nous disions, à savoir : l'extrême rareté des conjonctivites diphthéritiques.

M. GILLET DE GRAMMONT. — J'ai également observé un cas d'ophthalmie diphthéritique. L'enfant, âgé de 15 jours, avait été voisin d'un autre enfant qui était mort du croup; sa mère en le soignant fut atteinte d'une angine couenneuse dont elle guérit.

Chez cet enfant, je me suis très bien trouvé de l'emploi des antiseptiques et principalement du sublimé.

M. MAKLAKOFF. — Depuis 20 ans, j'ai vu trois cas de conjonctivite diphthéritique. Ils coïncidaient avec de la diphthérie du nez et du pharynx.

M. BÉTRÉMIEUX. — Chez un enfant de 12 ans, qui avait une ophthalmie diphthéritique coïncidant avec une angine couenneuse et chez lequel on observait déjà des ulcérations de la cornée, je me suis très bien trouvé de la péritomie ignée.

Cyclitis minima rhumatismale ou goutteuse. — M. BOUCHERON. — Les symptômes de cette cyclite varient selon que les agents de l'arthritisme attaquent le muscle ciliaire, le plexus nerveux ciliaire, les vaisseaux, les franges des procès, leur épithélium sécréteur, ou tous les éléments à la fois. Ce sont : 1° Une douleur à la pression de la région des procès ciliaires ; — 2° Une douleur spontanée, modérée de la même région procédant par crises successives, quelquefois avec des irradiations névralgiformes, migrainiformes ou céphalalgiques selon les sujets; — 3° Des troubles de l'accommodation, par insuffisance, excès ou irrégularité de la contraction du muscle ciliaire rhumatisé (asthénopie cyclitique).

Ces troubles accommodatifs sont peu ou pas corrigeables par les verres, à cause de l'état maladif du muscle. Les cas décrits sous le nom de spasme douloureux de l'accommodation sont, pour la plupart, des cas de cyclitis minima ;

4° Augmentation légère et passagère de la tension oculaire ; — 5° Quelquefois corps flottants du vitreum (exsudat ciliaire — cyclite exsudative), dans la région immédiatement rétro-cristallinienne. Cet exsudat apparaît seulement dans les crises intenses, dans les cas où la lésion se localise dans les franges ciliaires et à leur surface, dans les cas compliqués, comme signe précurseur du décollement rétinien, du glaucôme aigu, etc.;

6° Quelquefois la congestion des procès se résout en une hémorragie légère, dont le sang passe dans le vitreum; — 7° Un certain degré de photophobie; 8° Des crises articulaires ou musculaires de nature rhumatismale ou goutteuse, alternant ou coïncidant avec les symptômes de la cyclite.

La durée, comme celle du rhumatisme, peut être très courte, mais les récidives peuvent être fréquentes et la série de ces récidives se prolonge, par intervalles, pendant plusieurs mois, et par exception pendant des années.

Diagnostic différentiel. — A côté de la cyclitis minima arthritique existent, avec des symptômes analogues, une cyclite diabétique, une cyclite scrofuleuse, une cyclite paludéenne qui sont beaucoup plus rares et une cyclite sympathique légère qui est beaucoup plus connue. C'est la coexistence ou l'alternance d'accidents généraux et du rhumatisme qui fait la base du diagnostic entre ces diverses cyclites.

Les irritations douloureuses névralgiformes, migrainiformes, céphalalgiques provenant du corps ciliaire malade, se distinguent par la douleur à la pression de la région ciliaire, tandis que les névralgies du trijumeau, les hémicranies et la céphalalgie de cause non oculaire, ne présentent généralement pas ce point douloureux.

Les crampes accommodatives douloureuses sont symptomatiques de la cyclitis ; celles qui sont indolores sont seulement fonctionnelles. Les complications sont surtout à craindre dans la forme exsudative de la cyclitis minima, car elle est souvent le premier stade des cyclo-choroïdites exsudatives et du décollement rétinien. Elle est un des facteurs principaux de la myopie progressive et quelquefois du glaucome. La coexistence d'une conjonctivite ou d'une blépharite arthritique, eczémateuse, peut masquer les symptômes de la cyclite.

Le traitement est local, général, hygiénique. Localement les mydriatiques et la cocaïne à doses légères. La chaleur, le repos des yeux, les verres teintés ; à l'intérieur, les salicylates, le salol, l'iodoforme, la quinine, la colchicine, la lithine, les alcalins.

Hygiène générale. Alimentation peu azotée, suppression plus ou moins complète des boissons alcooliques, exercice en plein air, travail oculaire souvent interrompu. Verres correcteurs de l'amétropie.

M. PONCET. — Je ferai remarquer que toutes les lésions décrites par M. Boucheron sont parfaitement connues.

M. BOUCHERON répond que dans son étude surtout clinique des formes atténuées des cyclites, l'anatomie pathologique n'est pas directement en cause, puisque les lésions minimes de ces cyclites n'ont pu être relevées histologiquement.

M. MEYER. — Je ne nie pas l'existence des cyclites se rattachant à des diathèses générales dont vient de nous parler M. Boucheron ; mais il me semble que pour affirmer de pareilles lésions, il faudrait avant tout que le diagnostic cyclite fut plus nettement établi qu'il ne l'a été dans les cas dont il s'agit.

M. BOUCHERON. — Ce diagnostic peut être établi par des faits dans le genre du suivant. Chez un malade on observe un décollement rétinien, puis crises de douleurs ciliaires et exsudat vitréen coïncidant avec le rhumatisme. L'autre œil se prend ultérieurement de douleurs ciliaires et d'exsudat vitréen, avec troubles accommodatifs. On ne peut douter ici, non plus, de l'existence d'un processus cyclitique exsudatif rhumatismal, avec rhumatisme du muscle ciliaire. Et ainsi des autres formes de la cyclite.

Rapports entre les lésions oculaires visibles à l'ophtalmoscope et les troubles fonctionnels de l'œil. — M. DEHENNE. — Très fréquemment, et plus souvent qu'on ne le croit, les troubles fonctionnels ne sont pas expliqués par les lésions oculaires. Une lésion étant constatée à l'ophtalmoscope, et un trouble fonctionnel quelconque existant, la médication fait disparaître le trouble fonctionnel, et la lésion, à laquelle on aurait pu attribuer ce trouble fonctionnel persiste, ou bien, un trouble fonctionnel existant, sans lésions visibles à l'ophtalmoscope, la médication est instituée, et le trouble fonctionnel disparaît, l'examen ophtalmoscopique donnant les mêmes résultats avant et après la guérison.

Il y a là, *au point de vue du pronostic surtout*, une question très intéressante à étudier, et qui ne semble pas avoir attiré jusqu'alors l'attention des ophtalmologistes. On peut diviser les cas en deux catégories :

1° *Troubles fonctionnels graves sans lésions visibles à l'ophtalmoscope* (Scotôme unilatéral des syphilitiques; scotôme double des intoxiqués; amblyopie congénitale, etc.) Il ne faudrait pas conclure de l'absence de la lésion à la bénignité de l'affection. En n'instituant pas un traitement énergique, on risquerait de voir se produire des désordres irréparables;

2° *Troubles fonctionnels graves*, avec lésions très nettes visibles à l'ophtalmoscope, *mais troubles fonctionnels indépendants de ces lésions*. Dans ce second cas, il ne faudrait pas conclure de la gravité des troubles fonctionnels et de l'étendue des lésions à l'incurabilité de la maladie (scléro-choroïdite postérieure et choroïdite atrophique, chorio-rétinite pigmentaire, etc.).

Il est une quantité d'affections oculaires appartenant à des catégories anatomiques parfaitement classées et connues, et dans lesquelles existent des troubles circulatoires invisibles à nos moyens ordinaires d'exploration, et qui sont la cause unique des troubles fonctionnels dont se plaint le malade. Ces troubles circulatoires sont à l'aide d'une médication énergique (traitement interne ou intervention chirurgicale), susceptibles de guérison. Ces lésions, invisibles pour nous, rétrocèdent; le malade guérit, et après guérison on peut constater qu'à l'examen ophtalmoscopique le fond de l'œil se présente dans des conditions absolument identiques à celles où il se trouvait au moment où les troubles fonctionnels étaient le plus prononcés.

Si l'on ne possédait pas ces notions, on s'exposerait à des erreurs de pronostic très fâcheuses. Si dans un grand nombre

de cas, l'examen ophtalmoscopique nous permet de porter un diagnostic précis et un pronostic sûr, il est en revanche une quantité d'autres cas où les troubles fonctionnels accusés par le malade ne sont nullement en rapport avec la notion qui nous est donnée par l'ophtalmoscope; soit qu'il existe un certain nombre de lésions profondes. dont cet instrument, aussi parfait qu'il soit, ne peut pas nous dévoiler l'existence; soit que des altérations fonctionnelles très accusées se trouvent uniquement sous la dépendance de troubles circulatoires, invisibles à nos moyens actuels d'exploration.

Séance du 3 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CUIGNET.

Conclusions du rapport sur l'enquête de la Société relativement aux décollements de la rétine. — M. PONCET (rapporteur), — Les décollements de la rétine se rencontrent dans la proportion de 1 sur 200 malades oculaires, pour les décollements simples, et de 1 sur 1,500 pour les décollements doubles. La proportion des décollements doubles aux décollements simples est de 1 sur 9.

Les décollements se rencontrent dès l'âge le plus tendre. Leur nombre s'élève rapidement de 10 à 20 ans, puis de 20 à 30 par bonds égaux. La période d'état existe entre 40 et 70 ans, avec un maximum à 60. Après 70 ans la diminution est brusque. Les décollements traumatiques ont leur maximum à 20 ans.

Les hommes sont atteints de décollement dans la proportion de 62 0/0 et les femmes de 38 0/0, mais après 55 ans, l'égalité existe pour les deux sexes.

Parmi les professions les plus exposées à cette affection sont les couturières, les employés aux écritures, les écoliers, les étudiants. Les cultivateurs fournissent un large contingent. La myopie fournit 37 0/0 des cas de décollement; choroïdites 16 0/0; traumatisme 19 0/0; causes diverses 28 0/0.

Tous les décollements, quelle que soit leur origine, s'ils évoluent, se terminent par l'atrophie du bulbe. L'enquête semble démontrer que la majorité des membres de la Société française d'ophthalmologie n'a pas eu d'heureux résultats des méthodes opératoires essayées jusqu'ici. L'abstention semblerait donc s'imposer pour éviter les conséquences de l'ophthalmie sympathique.

Traitement du décollement de la rétine par l'iridectomie et par l'opération modifiée de Wolfe. — M. COPPEZ. — Sur 18 iridectomies relativement récentes (j'exclus celles faites il y a plusieurs années) je n'ai obtenu qu'une guérison complète et un résultat partiel. Cinq fois l'opération a été funeste. Avec l'opération modifiée de Wolfe, sur 17 cas, j'ai obtenu 2 fois un recollement complet et presque toujours une amélioration considérable qui se maintient encore plusieurs mois après l'opération. Dans deux cas seulement (cas désespérés) l'opération m'a paru avoir aggravé le processus atrophique qui existait, du reste, au moment de l'intervention.

Comme conclusion, je dirai que l'iridectomie guérit exceptionnellement le décollement, même récent, et qu'elle l'aggrave au contraire très souvent.

L'opération modifiée de Wolfe est plus rationnelle, plus efficace que l'iridectomie. Elle guérit rarement, il est vrai, le décollement de la rétine, mais elle l'améliore presque toujours: et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle provoque des complications si on a soin de prendre toutes les précautions antiseptiques. En somme, d'après mes observations, elle est moins douloureuse, moins grave, plus rationnelle et de beaucoup plus sûre que l'iridectomie, mais le véritable traitement du décollement de la rétine n'en reste pas moins encore à trouver.

Discussion. — M. GALEZOWSKI. — Aux termes du rapport que vient de nous lire M. Poncet, l'abstention chirurgicale devrait être la règle de conduite dans les décollements de la rétine. Je ne partage nullement cette manière de voir. Le premier, je crois, j'ai pratiqué en 1871 une iridectomie contre un décollement rétinien. J'ai eu, depuis, l'occasion de refaire cette opération plusieurs fois, et je m'en suis souvent bien trouvé. C'est ainsi que dans un cas — tous n'ont pas été aussi favorables, je m'empresse de le reconnaître — une irido-choroïdite commençante, suite d'un décollement, a été complètement arrêtée. J'ai observé le malade pendant 10 ans; je suis donc bien sûr du résultat.

Cela ne veut pas dire que je conseille l'intervention dans tous les cas. Loin de là. Quand le décollement de la rétine suit une marche rapidement progressive — et c'est la règle — quand il aboutit à une iritis, à une irido-choroïdite et finalement à une cataracte, je ne pratique pas l'iridectomie; je la fais dans le cas contraire et j'arrête alors très souvent le développement d'une irido-choroïdite et ses conséquences (cataracte secondaire, ophthalmie sympathique). C'est donc pour éviter ces accidents fort sérieux et non pour sauver la vue que j'opère.

En second lieu, le rapport de M. Poncet ne fait pas allusion aux cas de guérison spontanée des décollements rétiniens. Or, nous avons tous vu des cas de ce genre dans lesquels la guérison est généralement produite par l'établissement d'adhérences entre la rétine et une cicatrice. Récemment encore j'ai observé un décollement complet guéri après un traitement qui avait consisté simplement en applications de sangsues tous les quinze jours et de thapsia sur le front et les tempes, lorsque j'eus reconnu que l'action révulsive des vésicatoires volants était nulle. Du reste le traitement antiphlogistique et révulsif rend souvent de grands services dans les décollements rétiniens.

M. PONCET. Je n'ai rien à dire de ce traitement antiphlogistique et révulsif; mais pour le traitement chirurgical, dont vient de nous parler M. Galezowski, je considère l'iridectomie comme très dangereuse parce que les décollements contre lesquels il la conseille, ne sont pas spontanés, parce qu'il y a derrière le cristallin un épanchement dont le décollement est le signe. Dans ces conditions elle ne peut servir à rien. L'œil est bel et bien perdu. Souvent même il est déjà modifié dans son aspect extérieur, et devenu quadrangulaire.

L'iridectomie me paraît surtout contre-indiquée dans les cas avancés, mais je crois qu'elle l'est aussi dans les autres et qu'en dépit de certains succès — que je ne nie pas, mais qui sont très exceptionnels — l'abstention est la règle dans les décollements rétiniens. La méthode de Wolfe, que M. Coppez croit préférable à l'iridectomie, ne vaut guère mieux, et toutes les méthodes opératoires ont cela de commun qu'elles conduisent à l'atrophie et aux ophthalmies sympathiques. On doit donc les proscrire toutes et s'abstenir.

M. DOR. — Je crois avec M. Galezowski que l'iridectomie peut rendre des services contre une iritis, suite d'un décollement à son début. Quant aux autres opérations, les résultats qu'elles donnent sont bons immédiatement mais ils ne persistent pas.

Je suis également de l'avis de M. Galezowski pour les bons résultats de l'application des sangsues, principalement sous la forme de ventouse d'Heurteloup. Ce traitement si simple a été beaucoup trop abandonné et on doit y revenir. Grâce à lui, j'ai obtenu une fois un recollement parfait. Il y eut, il est vrai, une rechute six mois après, mais elle céda de la même façon. Je dois dire que cette observation n'est pas assez ancienne pour que l'on puisse en considérer les résultats comme définitifs, mais je pourrais citer deux guérisons analogues datant l'une de 4 à 5 ans, l'autre de 12 ans, et méritant, par suite, toute confiance.

En ce qui concerne le rapport de M. Poncet, je ne puis souscrire à celle de ces conclusions d'après laquelle l'atrophie de l'œil serait la terminaison fatale des décollements de la rétine. La moitié des yeux conservent leur forme (je ne dis pas, bien entendu, qu'ils conservent la vision). J'ai observé cela plusieurs fois. Je ne crois pas davantage, contrairement à l'opinion de M. Poncet, aux ophtalmies sympathiques, suite des décollements rétiniens; elles ne se produisent que lorsque le décollement est d'origine traumatique.

M. BETTREMIEUX. — Me basant sur des faits assez nombreux et très probants je crois à la valeur curative de l'iridectomie dans les décollements rétiniens. M. Dransart a communiqué à M. Poncet, pour l'enquête sur cette question, les observations auxquelles je fais allusion et le quantum d'acuité visuelle récupérée après l'iridectomie.

Il est certain que l'opération échoue généralement dans les cas de décollements anciens et qu'elle est impuissante contre les glaucômes invétérés.

Aussi devrait-on ne faire entrer, dans les statistiques que l'on oppose à cette méthode, que les cas dans lesquels l'iridectomie a été pratiquée très peu de temps après le décollement. Même dans ces conditions indispensables d'intervention précoce, il faut encore compter avec les insuccès et les rechutes; mais, dans l'état actuel de l'ophtalmologie, c'est encore, malgré tout, la meilleure pratique contre les décollements. J'ajouterai que, dans certains cas, la sclérotomie s'est montrée un adjuvant précieux de l'iridectomie, au même titre que le glaucôme.

M. TCHERNING fait observer à propos de l'influence de la myopie dans la production des décollements rétiniens, que la myopie, lorsqu'elle dépasse 9 dioptries, est aussi fréquente chez les cultivateurs que chez les lettrés. La myopie scolaire ne serait donc pas une calamité aussi considérable qu'on le dit généralement. Le rapport de M. Poncet confirme indirectement cette manière de voir, puisque nous y voyons que la majorité des décollements a été observée chez les cultivateurs.

M. GORECKI. — On ne peut laisser passer sans protestation ce qui vient d'être dit de la myopie des campagnards par rapport à celle de personnes adonnées à l'étude. Comment voulez-vous que nous réclamions des administrations, pour les enfants de nos écoles, un éclairage aussi parfait que possible, des pupitres et des sièges disposés de façon à sauvegarder la vue des élèves, si, dans un congrès d'ophtalmologistes, on vient soutenir qu'il y a autant de myopes parmi les campagnards que parmi les enfants des écoles et des collèges! La scolarité est la véritable cause de la myopie. L'œil doit s'adapter ou succomber et la myopie est le résultat fâcheux de son adaptation.

Quant à cette conclusion du rapport de M. Poncet portant que les décollements rétiniens ont été plus fréquents chez les campagnards que chez les citadins, elle est sans valeur probante, par cette excellente raison que les campagnards sont trois fois plus nombreux et qu'on a probablement dressé en bloc cette statistique comparative des décollements.

M. TCHERNING. — J'ai parlé seulement de la myopie au-dessus de 9 dioptries.

M. PONCET. — Les statistiques qui nous ont été adressées proviennent de professeurs exerçant dans de grands centres, et, cependant, le plus grand nombre des cas de décollements a été observé chez des campagnards.

M. GORECKI maintient ce qu'il vient de dire.

De l'extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte. — M. DE WECKER. — L'enlèvement de la capsule antérieure n'a été déclaré possible, au dernier congrès, que dans un pour cent des cas (remarque, il est vrai, supprimée prudemment dans les compte rendus) tandis qu'un homme d'une incontestable compétence, le prof. Foerster, a déjà en 1882 reconnu cette ablation réalisable dans 88 0/0 des cas.

La place que l'extraction de la capsule antérieure doit occuper dans l'opération de la cataracte est de remplacer les dangereuses tentatives d'extraire le cristallin dans sa capsule, cette dernière opération n'étant justifiée que dans les cas exceptionnels où la dissolution de la zonule avec détachement antérieur du corps vitré de son enveloppe a déjà préparé un terrain favorable.

De fait, que signifie l'extraction du cristallin dans sa capsule telle qu'on l'a préconisée jusqu'à présent? C'est l'enlèvement de la lentille avec le revêtement hyaloïdien de la partie antérieure du corps vitré. Or, un avenir peu lointain montrera combien nous devons nous abstenir de toucher en toute opération au corps vitré et particulièrement à son enveloppe.

Au point de vue embryologique aussi bien que cliniquement, le cristallin doit être envisagé comme une portion d'épiderme greffée sur l'enveloppe antérieure du corps vitré. Donc, enlever la totalité du cristallin signifie extraire la cristalloïde antérieure jusqu'à sa confusion avec la zonule, et détacher tous les éléments du cristallin même de l'enveloppe du corps vitré, autrement dit de l'hyaloïde qui joue ici en même temps le rôle de capsule postérieure.

Foerster qui a exposé il y a cinq ans un mode d'extraction de la cristalloïde antérieure n'a nullement tenu compte des efforts faits avant lui en France, dans le but d'enlever la cristalloïde soit au moyen de kystitômes dédoublés, soit au moyen de pinces kystitômes. Il n'est uniquement fait mention des tentatives de Arlt et de Colsmann publiées en 1874 et 1879. Dans aucun de ces travaux il n'a été question des premières pinces kistitômes que nous avons indiquées en 1871 et que nous avons sensiblement modifiées il y a trois ans.

L'arrachement de la cristalloïde antérieure, lorsqu'on a pratiqué préalablement une large pupille artificielle, et qu'on se sert de pinces à griffes inférieures dont les dents sont placées à une certaine distance de l'extrémité de la pince, est chose aisée. Aussi beaucoup de nos confrères en Allemagne ont-ils suivi l'exemple donné par Foerster et enlèvent-ils la cristalloïde antérieure au moins partiellement, de façon à se garantir ainsi des dangers d'un enclavement capsulaire dans la cicatrice. Ce qui, dans 88 0/0 des cas (Foerster) rend la manœuvre exécutable et facile, c'est que l'on peut appuyer la convexité des branches des pinces sur une assez grande étendue de la cristalloïde, et qu'il est possible, ainsi que le recommande Foerster, d'écarter les branches des pinces jusqu'au coloboma iridien, en en refoulant même les côtés. En sorte qu'après avoir plissé la cristalloïde entre les branches des pinces, et en exerçant un mouvement hardi de traction le long du coloboma, on arrache le lambeau capsulaire jusqu'à l'équateur.

Bien autrement délicate est la manœuvre dans l'extraction simple. Ici l'emploi des instruments dont se servent Foerster, Colsmann et autres, est rendu impropre, car, en l'absence d'un coloboma, on saisirait inévitablement l'iris avec les mors de la pince. Il faut donc ainsi recourir à nos pinces kystitômes dont les dents sont placées à l'extrémité même des pinces et dans son proche voisinage, et veiller à ce qu'en fermant l'instrument, les extrémités seules se rapprochent, un certain écart devant persister pendant l'exécution de la manœuvre, entre les branches, afin que l'iris ne se trouve pas saisi et entraîné au dehors.

Il est donc indiscutable que pour l'extraction simple, l'enlèvement de la cristalloïde antérieure est infiniment moins aisé que dans l'extraction combinée; mais on apprend encore assez facilement à manœuvrer les pinces kystitômes dans un étroit champ pupillaire rond; et si l'on n'est pas toujours assez heureux pour arracher un très grand lambeau capsulaire, on réussit au moins presque toujours à ouvrir plus amplement la capsule qu'on ne le ferait avec le kystotôme ordinaire.

Un coup d'œil jeté sur cette planche de la thèse de M. Peignon suffira pour vous montrer que nous réussissons à enlever des lambeaux qui dépassent 6 à 7 millimètres (dimensions signalées par M. Foerster), et qui parfois représentent en réalité la totalité de la cristalloïde antérieure. Mais même l'enlèvement de petits lambeaux centraux de la capsule antérieure facilite le lavage du sac capsulaire, et s'oppose davantage à la formation d'une cataracte secondaire que les autres méthodes d'ouverture de la capsule.

L'expérience que m'a fourni l'enlèvement d'un très grand nombre de capsules antérieures me permet d'affirmer que la méthode est exécutable dans la plus grande majorité des cas (90 fois pour cent). Une fois cette preuve bien acquise, et la démonstration faite que l'arrachement de la cristalloïde antérieure n'expose à aucun inconvénient, ni à la luxation du cristallin, ni à une perte plus fréquente du corps vitré, ce perfectionnement s'impose à tout opérateur soucieux du progrès.

Maturation artificielle de la cataracte; M. ROHMER (de Nancy) tire de son travail les conclusions suivantes : On peut obtenir la maturation de la cataracte par les procédés suivants : *a*) large discision de la cristalloïde antérieure à l'aide d'une aiguille; *b*) paracentèse de la chambre antérieure, destinée à évacuer la totalité de l'humeur aqueuse; *c*) massage fait à travers la paupière supérieure pendant quelques instants.

Après 24 ou 36 heures, l'opacification est presque complète; elle est totale vers le troisième ou quatrième jour; l'extraction peut alors être pratiquée; mais on aura tout avantage à la retarder de quelques jours, surtout en s'aidant de quelques instillations d'atropine destinées à éviter l'irritation irienne.

Les accidents résultant de la maturation sont presque nuls; le danger pendant l'extraction consécutive consiste dans l'évacuation incomplète des masses corticales. On y remédiera à l'aide de lavages de la chambre antérieure; faute de quoi, l'on risque de voir se produire une irido-cyclite plastique et une occlusion de la pupille.

La maturation artificielle peut être employée contre certaines cataractes dans lesquelles la maturation spontanée se fait avec une extrême lenteur, lorsque les deux yeux sont atteints et quand cette opacification spontanée est loin d'être suffisante pour indiquer et permettre l'extraction, mais que cependant elle a déjà considérablement diminué l'acuité visuelle des malades qui ne peuvent plus ni se conduire seuls, ni se livrer à aucune occupation.

Opération de la cataracte. — M. GALEZOWSKI. — Depuis 1882 je suis revenu à la méthode de Daviel et ma statistique depuis 1885 me donne deux insuccès sur 363 opérés. Voici quelles sont les précautions qui m'ont permis d'obtenir ce résultat.

La ponction et la contre-ponction doivent être placées à la limite de la cornée, un peu en avant du limbe scléro-cornéen, à deux millimètres au-dessus du diamètre horizontal de la cornée. On évitera, à tout prix, de pénétrer dans la sclérotique. Le sommet de mon lambeau est séparé du bord sclérotical par une marge de 2 mm., et, quelquefois, même de

2 1/2 mm. J'évite ainsi la hernie de l'iris, et j'obtiens la coaptation rapide.

On m'a objecté que la plaie, placée à 2 mm. du bord de la cornée, rend la sortie du cristallin difficile; c'est là une erreur.

La discision de la capsule avec le couteau de Graefe avant la contre-ponction, est, selon moi, une des conditions importantes du succès de l'opération. Lorsque la capsule a subi une dégénérescence calcaire, crétacée, graisseuse ou autre, il est inutile d'essayer de la déchirer, car elle résisterait. Le meilleur moyen est, dans ce cas, de la saisir avec une pince pupillaire ou une pince capsulaire adaptée *ad hoc*, et de l'attirer au dehors. Sur 307 cas d'extraction, j'ai retiré huit fois la capsule avec la pince.

J'ai observé 83 cataractes secondaires sur 357 opérations, mais en faisant une discision de ces cataractes avec une *aiguille serpette*, et quelquefois, même, en les extrayant avec le serre-tête de Desmarres, on obtient des résultats satisfaisants.

Les iritis, les irido-choroïdites, sont rarement observées chez mes malades, surtout depuis que je fais les pansements post-opératoires avec des plaques de gélatine antiseptique, que j'introduis dans l'œil. Par ce moyen, la plaie cornéenne se maintient en coaptation, la chambre antérieure reste remplie d'humeur aqueuse, et l'iris peut se mouvoir comme dans l'état normal. J'ai remarqué, aussi, que l'instillation d'ésérine après l'opération provoque un certain degré d'irritation, amène souvent des conjonctivites, et prédispose à des douleurs périorbitaires et aux phénomènes d'iritis. C'est pourquoi j'ai supprimé complètement son emploi.

Un des moyens les plus certains d'éviter les hernies de l'iris, c'est de ne jamais ouvrir l'œil opéré avant six ou sept jours, car les efforts que fait le malade avec son œil, pendant que le chirurgien cherche à l'examiner, font désunir la plaie, se vider la chambre antérieure, et amènent la hernie irienne. Je recommande aussi de ne jamais instiller d'atropine avant l'opération.

Parmi les complications que j'ai vu se produire après l'extraction de la cataracte, je dois aussi signaler les accidents glaucômateux. Je les ai observés tout aussi bien dans l'extraction simple, à lambeau, que dans l'extraction périphérique avec iridectomie. Cela tient, évidemment, à une prédisposition constitutionnelle, arthritique ou autre.

Relativement au pansement, j'applique des plaques de gélatine antiseptique, directement sur la plaie cornéenne. Elles préviennent, plus que tout autre moyen, les accidents inflammatoires.

Du lavage de la chambre antérieure. — M. Vacher (d'Orléans). Le lavage de la chambre antérieure est de date récente. J'ai été un des premiers, pour ne pas dire le premier, à l'employer méthodiquement après chaque opération de cataracte (*Gazette hebdomadaire, 4 septembre* 1885). Je me servais alors comme liquide antiseptique d'une solution au 12 et au 15 millième d'iodure double de mercure et de potassium et d'un syphon muni de canules de diamètres variables permettant de régler la grosseur et la force du jet. Quelques mois après la publication de cet article, M. le professeur Panas faisait sur la même question, le 5 janvier 1886, une communication à l'Académie de médecine. Si je me permets de revendiquer la priorité de l'application de ce lavage, c'est qu'il change, en effet, le liquide de la chambre antérieure, chasse les moindres débris d'iris, le sang, les bulles d'air et fait baigner l'iris dans un liquide antiseptique. Comme conséquence, les cataractes secondaires sont beaucoup plus rares — les éléments qui leur donnent naissance faisant défaut — la capsule se recroqueville derrière l'iris qui conserve la mobilité de son sphyncter, l'enfoncement de la chambre antérieure est moins fréquent, ainsi que les ruptures de la zonule, etc. Il faut faire ce lavage avec beaucoup de précautions, employer un jet liquide d'une force constante et modérée.

Le meilleur instrument, à mon avis, est un petit syphon portatif qu'on élève plus ou moins au-dessus de la tête de l'opéré. De plus, il faut faire chauffer le liquide à 25 ou 30 degrés. Après ce lavage, la cornée est le siège d'un trouble qui persiste 5 et 8 jours seulement. Je ne sais s'il est causé par le lavage ou par le liquide employé. Craignant qu'il puisse tenir au liquide antiseptique, légèrement irritant, je ne me sers plus depuis six mois que d'eau distillée que je fais bouillir au moment de l'opération.

Les résultats que j'ai obtenus sont très bons. En résumé, je pense que le lavage de la chambre antérieure doit être le complément de l'opération de la cataracte et qu'il préserve des suppurations de la cornée, des iritis et des cataractes secondaires.

Succès immédiat et insuccès tardif dans l'opération de la cataracte. — M. Suarez. Quelquefois les malades opérés de la cataracte et qui nous quittent avec une vision si satisfaisante qu'on croit à un succès complet, reviennent un ou deux ans après avec des glaucomes, des iridocyclites ou des choroïdites suppuratives qui réduisent la vision à néant. La cause la plus importante de ces accidents secondaires est l'enclavement iridien.

M. Suarez communique quatre observations personnelles dans lesquelles l'enclavement de l'iris a déterminé tantôt l'iridocyclite avec atrophie, tantôt l'iridochoroïdite suppurée. Ces accidents tardifs sont apparus entre 14 et 20 mois, et ont affecté presque toujours une marche foudroyante.

Pour éviter ces résultats désastreux, l'auteur croit qu'alors même que l'enclavement aurait été inoffensif pour le succès immédiat de l'opération de la cataracte, il faut, aussitôt les phénomènes de réaction de la kératotomie disparus, dégager l'enclavement irien.

Discussion sur la cataracte.—M. Panas.—Je me range complètement à l'opinion de M. de Wecker sur la nécessité d'un large enlèvement de la capsule, et sur ce qu'il a dit de l'utilité grande qu'il y aurait à disposer d'un instrument permettant de réaliser facilement cet enlèvement. Malheureusement, cet instrument n'existe pas encore.

M. Galezowski nous a dit que l'incision elliptique ou parabolique lui paraissait la meilleure, comme empêchant le mieux la hernie de l'iris. J'ai fait autrefois cette incision, mais j'y ai renoncée parce qu'en raison même de sa forme elle est souvent insuffisante. Je lui préfère une incision nettement circulaire. Quant à diagnostiquer d'avance, avant l'opération, le volume d'une cataracte pour en conclure, par exemple, que l'incision elliptique suffira, ce diagnostic est bien délicat, bien incertain. Nous savons tous que l'on peut tomber sur un gros cristallin, qui ne passera pas, alors qu'on croyait tomber sur un petit cristallin; et réciproquement.

Relativement à la capsulotomie primitive en un seul temps, que M. Galezowski vient de nous présenter comme une pratique nouvelle et qui lui serait propre, je dois dire qu'elle n'est pas avantageuse, d'une part, et, d'autre part, qu'elle ne date pas d'hier. Elle est vieille comme le temps, si je puis ainsi parler. En 1857, je la voyais faire couramment et de la façon la plus brillante par Nélaton, dont j'étais l'interne.

C'était, entre ses mains — et c'est encore entre d'autres mains — un véritable escamotage. C'est assurément très beau quand ça réussit; par malheur ça ne réussit pas souvent. Comme j'en parlais un jour à Nélaton, alors que j'étais devenu son jeune collègue, c'est-à-dire peu de temps après mon internat. « Mon ami, me dit-il, n'en faites jamais. Je n'en fais plus, pour mon compte. » Et de fait, avec cette pratique de la capsulotomie primitive en un temps, on accroche souvent l'iris, on peut luxer le cristallin, etc. Conclusion : le mieux est de pratiquer l'opération de la cataracte en suivant tous les temps.

Je suis encore en désaccord avec M. Galezowski relativement aux inconvénients de l'ésérine qui, d'après lui, entraînerait des iritis. J'emploie toujours l'ésérine et je n'ai jamais eu lieu de m'en plaindre.

Enfin M. Galezowski nous a dit qu'il convenait de tenir les yeux fermés 6 jours pleins après l'opération de la cataracte. C'est un peu trop de précaution. Assurément il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire, mais je crois que trois jours suffisent; quelquefois même, lorsqu'on craint par exemple un enclavement de l'iris, il faut découvrir les yeux plus tôt, c'est-à-dire avant le troisième jour.

En réponse à la communication de M. Vacher sur le lavage de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte je dirai que je fais souvent ces injections intra-oculaires; mais il ne faut pas compter beaucoup sur elles pour le nettoyage de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte. Et puis l'œil est un organe

bien délicat et la quantité des liquides à injecter dans son intérieur ne saurait jamais être considérable. Bref, c'est par de bons procédés opératoires qu'il faut nettoyer l'œil.

Pour ce qui a été dit de la maturation artificielle de la cataracte, soit par la discision, soit par le massage, je considère la première comme n'étant pas inoffensive et je lui préférerais le massage, qui, s'il produit cette maturation dans certains cas, et ne la produit pas du tout dans d'autres, a au moins l'avantage de racheter son infidélité par son inocuité.

M. GAYET. — Au congrès de l'année dernière j'ai préconisé la discision. On comprendra donc que je ne voie pas sans peine M. Panas la malmener vigoureusement, voire même la qualifier d'escamotage, bien qu'il n'ait pas voulu dire par là, — je le sais de reste, — qu'elle pouvait permettre de dissimuler, d'escamoter des défauts opératoires.

Dans ces questions de discision, il ne faut pas oublier que c'est généralement le cristallin qui fait l'ouverture appelée à persister après l'opération. Quand la capsule est transparente la discision reste avantageuse. Elle supprime un des instruments les plus dangereux de la chirurgie oculaire, le kystitôme, qui peut gratter l'iris, la face profonde de la cornée, et qui a, en outre, les plus graves inconvénients au point de vue de l'antisepsie puisqu'il est d'un nettoyage très difficile.

Dans les cataractes capsulaires, depuis l'année dernière je ne fais plus que l'arrachement par lambeaux de la capsule, arrachement qui constitue un véritable progrès. Aussi ai-je complètement renoncé aux ponctions de la capsule.

Relativement aux lavages de la chambre antérieure préconisés par M. Vacher, je m'en défie un peu. Bien souvent, quand on les emploie, l'œil se cabre. On n'enlève pas autant de débris, de détritus que M. Vacher veut bien le dire ; enfin on est exposé après ces lavages à des hernies de l'iris, comme cela m'est arrivé récemment. Au moment même où je faisais le lavage, le malade accusa une vive souffrance, l'œil devint subitement dur, et je dus passer plus de trois heures auprès de mon opéré pour essayer de faire rentrer l'iris. D'où il résulte, ce me semble, qu'en matière de lavage de l'œil comme en bien d'autres choses, la sagesse nous fait toujours aboutir à une même conclusion : « Ne jamais aller trop loin, ni d'un côté ni d'un autre. »

M. LANDOLT. — Au sujet de la question de priorité pour les lavages de l'œil — et bien que ces sortes de questions soient toujours délicates — je ferai observer qu'un de mes compatriotes, M. Horner, mort depuis, exposa complètement, et le premier, au Congrès international de Londres, en 1881, tout le chapitre des lavages de l'œil. Pour la maturation de la cataracte, je partage l'avis de M. Panas.

M. WECKER. — Je reconnais avec M. Panas que la pince kystitôme dont j'ai parlé n'est pas la perfection du genre. La grosse difficulté est de trouver un instrument qui ne soit ni trop tranchant, ni trop mousse; et pour le trouver, il n'y a qu'un moyen : le chercher. C'est ce que je fais. Je reconnais également, avec M. Gayet, que le kystitôme est d'un nettoyage fort difficile, mais je n'ai jamais observé à la suite de son emploi les luxations du cristallin dont notre collègue a parlé.

Relativement aux lavages de la chambre antérieure il n'est pas bien certain qu'ils aient été la cause des accidents dans le cas dont M. Gayet nous a entretenus car on voit survenir des accidents de même nature en l'absence de tout lavage. Il est possible qu'il se soit produit une hémorragie, comme cela arrive encore assez souvent.

Pour ce que nous a dit M. Galezowski de l'influence qu'il attribue à son pansement contre la suppuration de l'œil après l'opération de la cataracte, je ferai observer qu'avec les précautions antiseptiques cette suppuration est devenue à peu près impossible. C'est un accident dont on ne devra plus entendre parler désormais. En deux années, je ne l'ai observé que deux fois sur quelque chose comme 450 ou 500 opérations. Il suffit, pour l'éviter, d'être propre et antiseptique, et d'être bien sûr qu'il en est de même des aides et des instruments.

M. GALEZOWSKI. — Je ne crois pas possible l'extraction de la capsule avec la pince kystitome de M. Wecker. On n'arrive pas à enlever complètement la capsule; on en arrache seulement des morceaux.

Pour ce qu'a dit M. Panas des instillations de collyre d'ésérine dans l'œil, après l'opération, j'ai observé quelquefois des douleurs tellement violentes après ces instillations, que l'on aurait pu croire à une hernie de l'iris. C'est pourquoi j'y ai renoncé.

Oulétomie et iridectomie secondaire. — M. SUAREZ (d'Angers), communique deux observations de glaucôme à récidives dans lesquels l'iridectomie avait laissé des enclavements iridiens. Les deux premières récidives furent traitées par l'oulétomie, mais une troisième poussée glaucomateuse, survenue peu de jours après la cicatrisotomie, l'auteur pratiqua deux iridectomies latérales, qui eurent pour résultat la guérison complète. M. Suarez conclut qu'il faut réserver l'oulétomie pour les récidives des glaucômes opérés par une iridectomie correcte et préférer l'iridectomie libératrice dans les cas malheureusement communs où les enclavements iridiens sont venus compliquer l'opération première (1). (*A suivre*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 avril 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. CHAUVEAU et KAUFMANN cherchent à déterminer *le coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail.* Il s'agit de connaître, pour un poids donné de tissu musculaire vivant et pour toutes les conditions physiologiques normales et régulières de ce tissu : 1° la quantité de sang qui le traverse dans l'unité de temps pour alimenter sa nutrition ; — 2° le poids de l'oxygène qu'absorbe ce tissu et de l'acide carbonique qu'il excrète dans la même unité de temps ; — 3° celui des substances qui fournissent le carbone contenu dans ce dernier gaz. Les expériences ont été faites sur le muscle releveur propre de la lèvre supérieure du cheval ; ce muscle est facilement accessible et il peut entrer, à la volonté de l'opérateur, en état de repos ou d'activité physiologique, sa fonction étant intimement liée à l'exercice de la mastication. M. Chauveau ne fait aujourd'hui que présenter le résumé de ces expériences : il en exposera les résultats dans une prochaine communication.

M. JACCOUD lit un mémoire sur la *pneumonie aiguë.* Il présente deux observations cliniques dans lesquelles l'influence du froid est saisie sur le fait et qui démontrent que le refroidissement doit être maintenu au nombre des causes efficaces de la pneumonie. Quant aux pneumocoques dont il a été possible de reconnaître la présence dans ces deux cas, M. Jaccoud ne croit pas qu'ils aient une origine extrinsèque. D'après lui, ces microbes ne sont pas venus du dehors, ils ne sont pas entrés dans l'organisme au moment où celui-ci a subi l'action du froid. Ils existaient préalablement chez les deux individus : tant que la santé a été parfaite, ils sont restés innocents ; la perturbation résultant du refroidissement en a permis la diffusion et la prolifération. De là cette conséquence que la condition génératrice primordiale de ces pneumonies a été le désordre produit dans le poumon par l'influence du froid. Et de fait, en raison des modifications circulatoires et cellulaires qu'elle provoque, cette influence peut vraiment être assimilée à un traumatisme. Ces enseignements prouvent que l'étiologie classique des maladies aiguës est enrichie, et non point supprimée, par les notions microbiennes.

M. le Président présente une observation de *deux cas de rage* survenus parmi les domestiques de M. de Lesseps. Les deux personnes se sont trouvées placées dans les mêmes conditions pour contracter la terrible maladie ; mais la première s'est fait traiter à l'hôpital Pasteur et a été sauvée ; la seconde, malheureusement, ne l'a pas été et est morte misérablement.

M. A. CHATIN signale une *nouvelle espèce de truffe* (*Tuber uncinatum*) qui constitue l'espèce alimentaire principale de la région de la Haute-Marne.

M. LUDOVIC JAMMES rapporte quelques cas de *morphinomanie chez les animaux.* Dans les pays où l'opium est en usage, il n'est pas rare de voir, chez les fumeurs, des animaux devenus morphinomanes par suite de leur séjour habituel dans les vapeurs de l'opium (chat, singe, chien). Ces animaux sont habituellement tristes et portés à la mélancolie.

MM. E. CLAUDON et E.-C. MORIN étudient la *présence de l'alcool butylique normal dans une eau-de-vie de Cognac.* A ce propos, ils font remarquer que la pratique du sucrage est loin d'augmenter dans le produit final la quantité des alcools supérieurs, et que sous ce point de vue, du moins, elle ne paraît pas devoir être nocive.

Paul LOYE.

(1) Compte rendu officiel adressé par le Congrès aux journaux médicaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 *avril* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. GRÉHANT lit l'éloge de P. Bert ancien président perpétuel de la Société.

M. PEYRAUD (de Libourne) parle de l'essence de Tanaisie dans la production d'une rage expérimentale et ne tire aucune conclusion de faits exposés uniquement pour prendre date.

M. BROWN-SÉQUARD dit que depuis longtemps on sait que l'excitation de la région rolandique détermine des mouvements du côté opposé à l'excitation. Toutefois, lorsqu'on excite la circonvolution du corps calleux il se produit parfois des mouvements du même côté. Ces mouvements ne sont pas constants, mais l'auteur a eu occasion de les observer à diverses reprises néanmoins.

M. BLAKE a fait de nombreuses recherches sur les effets physiologiques et toxiques des substances inorganiques. Il a étudié 42 corps par l'injection directe dans les veines ou dans les artères. En éliminant les sels de potasse et les composés du nitrogène il est arrivé à conclure que les substances isomorphes produisent les mêmes effets et que leur toxicité est en raison directe de leur poids atomique et de leur valeur spectroscopique.

M. DUPUY rappelle qu'en excitant la dure-mère on produit des mouvements dans le côté du corps opposé à l'excitation. Si de plus en électrisant les circonvolutions on détermine une attaque d'épilepsie Jacksonnienne il se produit des phénomènes de diffusion de l'action galvanique sur lesquels l'auteur reviendra dans une prochaine communication.

M. REGNARD dépose une note *sur les phénomènes de contraction musculaire sous les hautes pressions.*

M. ROUSSY dépose un travail de M. HAYEM : *leucocytose accompagnant le développement d'un néoplasme*, dont voici les conclusions :

1° Les tumeurs cancéreuses (squirrhe, etc.) s'accompagnent à leur période d'état d'une légère augmentation des globules blancs et d'une diminution des hématies.

2° Les tumeurs désignées sous le nom de sarcomes donnent lieu à une augmentation plus accusée du nombre des globules blancs.

3° Les épithéliomes ne sont suivis d'aucun degré de leucocytose; le nombre des globules blancs envisagé d'une façon absolue est cependant un peu plus élevé qu'à l'état normal.

4° Ces faits sont assez constants pour fournir un élément précieux de diagnostic dans les cas difficiles : ils sont toutefois passibles de quelques exceptions; c'est ainsi que le nombre des globules blancs a été trouvé normal dans un squirrhe du sein non ulcéré. Des recherches plus nombreuses permettront peut-être de trouver dans la présence ou l'absence de leucocytose un moyen de diagnostiquer pendant la vie les différentes variétés de cancers de l'estomac.

M. MALASSEZ. Lorsqu'un cancer est ulcéré il y a toujours augmentation des globules blancs ; il serait donc important que M. Hayem spécifiât si l'ulcération existait ou non dans tous les cas où il a trouvé la leucocytose.

Elections. — M. CHABRY est élu membre titulaire de la Société. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 *avril* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. SAPPEY.

M. GABRIEL POUCHET fait une lecture sur les *conditions de développement et de conservation du bacille typhique.* M. G. Pouchet a cherché à reconnaître les conditions dans lesquelles se développe le mieux et se conserve le bacille typhique. Les résultats auxquels il est arrivé montrent que les conditions de développement de ce micro-organisme sont enfermées dans des limites assez étroites et qu'un assez grand nombre de circonstances sont capables d'amener l'arrêt de son développement. La prolifération du bacille typhique est arrêtée dans des milieux riches en matière organique. Les cultures dans la gélatine peptonisée sont d'autant plus abondantes que la proportion de peptone est plus faible et se rapproche davantage de 1 0/0. Les sels de cuivre, de potassium, d'ammonium, s'opposent au développement du bacille ; il en est de même des acides. Le liquide de Raulin le tue rapidement. Une liqueur sucrée ou albumineuse constitue un mauvais milieu de culture. Une gélatine, composée de la façon suivante :

Eau distillée	1.000 gr.
Tartrate neutre de potasse . .	1 gr.
Sucre	20 gr.
Phosphate d'ammoniaque. . .	1 gr.
Sulfate de magnésie	0 gr. 5.
Extrait de viande	25 gr.
Gélatine	150 gr.

et dans laquelle prolifèrent avec activité la plus grande partie des micro-organismes contenus dans les eaux, ne permet pas le développement du bacille typhique, mais il y conserve sa vitalité et il prolifère énergiquement si l'on vient à ensemencer un bon milieu de culture (du bouillon d'intestin, par exemple) avec quelques gouttes de ce mélange préalablement inoculé. De même, le bacille typhique se conserve et se développe beaucoup mieux dans l'eau pure que dans l'eau souillée. Le meilleur milieu de culture paraît constitué par une gélatine nutritive, préparée avec un bouillon obtenu dans les mêmes conditions que celles suivant lesquelles on prépare habituellement le bouillon de veau, à l'aide d'intestin débarrassé par le lavage des matières fécales. Dans un semblable milieu, la prolifération est très active et les cultures sont plus belles que dans tout autre milieu.

M. COLIN (d'Alfort) fait une communication sur les *mouvements de l'estomac* chez les animaux, notamment chez les ruminants ; il estime qu'il est défectueux d'établir une comparaison entre ces derniers et les mouvements de l'estomac chez l'homme.

Si nous connaissons un peu les mouvements de l'estomac des animaux, nous n'avons qu'une idée très imparfaite de ces mouvements chez l'homme ; nous ne pourrions ajouter à nos connaissances sur ces derniers que dans le cas où l'estomac de l'homme se trouverait dénudé sur une grande étendue, ou bien largement ouvert comme sur nos animaux d'expérience.

M. VERNEUIL fait une communication sur le *traitement de certaines épistaxis rebelles.* M. Verneuil se propose de parler d'une forme d'épistaxis à laquelle il a opposé un traitement également spécial, indiqué par la cause. Les affections latentes et encore bénignes du foie peuvent provoquer ou entretenir des épixtaxis rebelles : la révulsion obtenue à l'aide d'un large vésicatoire sur l'hypochondre droit paraît le meilleur moyen de guérir les hémorrhagies de ce genre.

L'Académie se forme en *comité secret,* à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Laboulbène, sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national. La commission présente, en première ligne, M. Zambaco (de Constantinople) ; en deuxième ligne, M. Marquez (d'Hyères) ; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro), Gibert (du Havre), Mauricet (de Vannes), Riembault (de St-Etienne).

Séance du 3 *mai* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. PROUST.

M. le PRÉSIDENT, après avoir annoncé la mort de M. L. Gosselin et retracé en termes émus la vie scientifique de cet éminent maître, lève la séance en signe de deuil.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 *mai* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. LE PRÉSIDENT propose de lever la séance en signe de deuil : décès de M. le professeur Gosselin ; ce qui est adopté. Il fait alors un court éloge du chirurgien qui fut, en 1856, président

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par Ch. FÉRÉ, médecin-adjoint de la Salpêtrière, chef des travaux anatomo-pathologiques à la clinique des maladies du système nerveux, etc. — Paris, 1886 (*Progrès médical*).

De toutes les parties de l'anatomie, celle du système nerveux est peut-être celle qu'il importe le plus au médecin de bien connaître ; c'est aussi celle qu'il est le plus difficile d'étudier. Il y a une dizaine d'années que les étudiants se servent avec prédilection pour cette étude, de l'anatomie des centres nerveux de M. Fort ; mais voici un livre qui va certainement obtenir un succès supérieur.

M. Féré nous dit que, dans son traité élémentaire, il n'a pas eu pour but de présenter une exposition complète des connaissances acquises dans l'anatomie du système nerveux, et que l'étude de l'anatomie fine y tient peu de place, mais qu'il s'est efforcé de rendre aux médecins, en écrivant ce résumé sommaire d'anatomie descriptive et topographique, les mêmes services qu'ont rendus aux chirurgiens les traités d'anatomie topographique chirurgicale. Chaque description est suivie de l'indication des applications médicales les plus importantes et les mieux établies. M. Féré a pleinement atteint le but qu'il se proposait. Outre qu'il écrit très clairement, l'intelligence de ses descriptions est encore facilitée par un grand nombre de figures, dont beaucoup sont originales et ont été dessinées par lui d'après les innombrables autopsies qu'il a pratiquées depuis qu'il est attaché au service de M. Charcot.

Le livre de M. Féré ne pouvait être écrit que par un médecin doublé d'un anatomiste : il va sans nul doute être dans toutes les bibliothèques, et nous applaudirons pour notre part à ce succès bien mérité. — P. Le Gendre. — *L'Union médicale*, 25 novembre 1886.

de la Société. Il rappelle que Gosselin fut élu en 1863 membre de la Société de chirurgie, dont les *Bulletins* contiennent un grand nombre des mémoires qu'il a publiés. La Société se forme en comité secret. M. B.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VI. Note sur le traitement de l'érysipèle; par le Dr FRAIPONT, Assistant à l'Université. Liège, 1887.

VII. De l'action de l'antifébrine; par le Dr P. SUYERS, Assistant à l'Université. Liège, 1886.

VIII. Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1887; par E. BOUCHUT. — Librairie J.-B. Baillière, 1887.

IX. Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie; par le Dr O. JENNINGS. — Paris, 1887. J.-B. Baillière, éditeur.

X. De l'intervention du médecin dans les applications hydrothérapiques; par L. DUVAL, médecin de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe. — Paris, 1887. J.-B. Baillière, éditeur.

XI. Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants; par le Dr Albert VEILLARD. — Paris, 1887. O. Berthier, éditeur.

VI. Voici le traitement préconisé par l'auteur. S'il s'agit d'un érysipèle des membres, placer la partie malade tout entière dans un bain tiède d'une solution de sublimé à 3 0/0 et l'y laisser pendant une dizaine de minutes. La plaie surtout doit être bien recouverte. Si l'on ne peut pas donner ce bain, on se contentera de laver largement et un peu longuement toute la surface rougie et au delà, avec la solution mentionnée et la plaie elle-même ne sera pas épargnée. Plus la perte de substance est grande et mieux il faut l'asperger, et quand il s'agit d'une plaie anfractueuse et de cavités purulentes, drainées, on aura soin de les irriguer soigneusement de façon à ce que le liquide arrive partout en contact avec les parois.

On applique alors sur la lésion de la gaze iodoformisée, imbibée modérément de la solution de sublimé, et, après avoir bien essuyé toute la partie malade, on la badigeonne de goudron liquide que l'on applique jusqu'à trois bons travers de doigt au delà de la rougeur érysipélateuse. On enveloppe alors le tout d'un pansement humide au liquide de Burow, fixé par un bandage légèrement compressif.

Le lendemain déjà, surtout quand on a donné un bain, l'épiderme, comme macéré, se détache par grands lambeaux, laissant à nu le derme saignant légèrement. La surface d'absorption devient ainsi très grande et il serait dangereux de continuer l'emploi de la solution de sublimé à 3 0/0. Il faut donc se contenter d'une solution à 1/2 0/0. A l'appui de ce traitement, M. Fraipont cite quatre cas d'érysipèle chirurgicale qui ont pu être enrayés d'emblée.

VII. De ce travail, il résulte que l'antifébrine est un antipyrétique puissant, mais que les résultats obtenus jusqu'à présent tendent à faire admettre que les propriétés de ce nouveau médicament ne sont pas supérieures à celles de l'antipyrine. Dans le rhumatisme articulaire, l'antifébrine possède des propriétés spécifiques comparables à celles du salicylate de soude et de l'antipyrine.

VIII. Recueil condensé de 239 pages, renfermant toutes les formules et les méthodes thérapeutiques publiées dans le *Paris médical* pendant l'année 1886. Une table des matières, basée sur l'ordre alphabétique des maladies et des médications, donne à ce formulaire une portée essentiellement pratique.

IX. M. Jennings est un des partisans de la suppression lente du médicament chez les morphinomanes. Il rejette dans le traitement l'emploi de l'éther, du bromure, de la paraldéhyde, de l'atropine, de la cocaïne, de l'hypnone; il déconseille l'alcool et le café. Les seuls médicaments qui lui ont paru véritablement utiles sont le bicarbonate de soude et la valériane.

Quand le malade peut le supporter, on continue la diminution sans y rien ajouter, mais on peut accorder au besoin l'administration par le rectum ou par l'estomac, d'une quantité de morphine égale à celle qui est supprimée en injections; de sorte que lorsqu'on arrive à zéro par voie hypodermique, on peut être sous l'influence de 10 ou 12 centigrammes pris par une autre voie.

La période de difficulté, l'épreuve finale, d'où il s'agit de sortir vainqueur, est accompagnée, chez les malades, de sensations intolérables; ces sensations se manifestent surtout par un besoin de mouvement qui empêche le malade de rester en repos et qui se traduit souvent par des soubresauts musculaires involontaires.

Pour substituer à l'agent pharmaco-dynamique, devenu nécessaire, une stimulation purement physique qui satisferait au besoin artificiel, M. Jennings emploie des stimulations dynamiques de différentes espèces, telles que faradisation, massage, frictions sèches, bain turc, vibrations mécaniques, sonores et calorifiques; l'usage du hamac comme lieu de repos remplit les conditions voulues du mouvement passif.

A l'aide de ces moyens, il a pu guérir, en peu de temps, un morphinomane avéré, dont il cite l'intéressante observation.

X. Ce petit travail, extrait d'un *Traité pratique d'hydrothérapie*, que M. E. Duval doit bientôt faire paraître, cherche à répondre à cette question capitale en hydriatrie; « Le médecin doit-il appliquer lui-même les douches et autres procédés hydrothérapiques ou doit-il en confier l'application à des doucheurs et doucheuses qui, sauf de rares exceptions, ne sont que des infirmiers?

Après avoir reproduit les arguments de Fleury, qui, on le sait, a défendu magistralement cette question dans son remarquable *Traité*, M. Duval conclut, lui aussi, à l'intervention personnelle du médecin dans les applications hydrothérapiques, mais cependant d'une façon beaucoup moins absolue que le médecin de Bellevue. En principe, tous les médecins hydropathes soutiennent cette opinion; malheureusement les résistances et les scrupules que l'on rencontre auprès de beaucoup de femmes obligent souvent de transiger.

Nous regrettons que M. Duval ait éprouvé le besoin de faire revivre, dans son opuscule, certain procès correctionnel dans lequel fut directement mêlée la personnalité de Fleury. Outre que la relation de cette affaire n'apporte aucun argument en faveur de sa thèse, il eût été beaucoup plus convenable, à notre avis, de laisser dans l'ombre une question de vie privée à laquelle la vraie science n'a que faire de s'intéresser.

XI. L'ouvrage de M. le Dr Veillard est à la fois un formulaire élémentaire et pratique où sont exposés les éléments de la thérapeutique et de l'art de formuler, et qui n'est pas absolument spécial à la pathologie infantile. En effet, il n'y a pas, à vrai dire, de thérapeutique spéciale pour les maladies des enfants; tous les médicaments, même les plus actifs, peuvent être donnés dans le jeune âge; il suffit de réduire, dans une proportion convenable, les doses prescrites ordinairement aux adultes. C'est pourquoi l'auteur s'est attaché, dans son livre, à multiplier les formules qui peuvent servir dans la pratique, tout en n'étant composées que de médicaments usuels et de préparations officinales.

Après des considérations générales sur la première, la seconde enfance, l'adolescence et la puberté, M. Veillard s'occupe de l'hygiène alimentaire des enfants du premier âge, de l'allaitement naturel, artificiel, mixte, du sevrage. Le formulaire officinal et magistral comprend un premier chapitre sur les purgatifs; un second sur les préparations opiacées. Viennent ensuite les principales affections infantiles et les traitements qu'on peut leur opposer. Nous citerons les maladies des voies digestives et des organes abdominaux, les maladies de l'appareil respiratoire, celles de l'appareil circulatoire, les maladies du système nerveux, les maladies générales, les dystrophies, les dyscrasies, etc. Tel est le plan général de l'ouvrage, qui suffira pour montrer que celui-ci est conçu dans un sens éminemment pra-

tique; il rendra, nous en sommes convaincu, les plus grands services, tant à l'étudiant qu'au médecin praticien.

F. BOTTEY.

THÉRAPEUTIQUE

Etude sur l'iodure de fer ;

Par M. le Dr DELMIS

Le *Protoiodure de fer* est à la fois le ferrugineux et le reconstituant le plus usité de la médication toni-analeptique : il doit cette vogue sans cesse croissante à sa composition double, qui le fait participer en même temps des propriétés *recorporantes* du fer et *altérantes* de l'iode; et s'il agit avant tout comme sel de fer pour modifier les dyscrasies sanguines, transistoires ou constitutionnelles, il est parallèlement non moins efficace par son iode pour modérer les combustions organiques et ralentir les phénomènes nutritifs.

Aussi les indications du protoiodure de fer ne sont-elles pas, à l'exemple de ses congénères martiaux, limitées au traitement des chloro-anémies; elles s'étendent aux principaux états diathésiques tels que la tuberculose, la lympho-scrofule et la syphilis, dans lesquelles ses propriétés plasmiques et globulaires sont fréquemment utilisées et déterminent un grand nombre de cures remarquables.

Le protoiodure de fer, substance éminemment soluble, est facilement absorbé par le système circulatoire, où il se décompose partiellement, pour être éliminé; l'iode se retrouve rapidement dans l'urine à l'état d'iodure de sodium, tandis que l'apparition du fer sous forme d'oxyde de fer est plus tardive. Mais ce qui individualise le protoiodure de fer, c'est l'absorption de son fer à l'état de protoiodure de fer, qui passe en nature dans la plupart des liquides sécrétoires physiologiques, salive, lait, mucus broncho-pulmonaire, sueur. L'honneur de cette découverte fondamentale revient aux mémorables expériences de Claude Bernard, et elle nous permet d'interpréter l'action antimicrobienne, jusqu'à ce jour inexpliquée, que plusieurs cliniciens ont reconnue au protoiodure de fer dans la tuberculose et la furonculose.

Le protoiodure de fer, mentionné par le *Codex*, est un sel verdâtre, quelque peu hydraté (4 ou 5 molécules d'eau), astringent, fusible, volatil et déliquescent; au contact de l'air et surtout de l'air humide, il est aisément dédoublé en iode qui s'évapore ou s'oxyde, et en oxyde de fer ; lorsque l'intervention de l'oxygène atmosphérique se prolonge, l'acide iodique formé se combine avec l'oxyde de fer ; l'iode et l'iodate libres qui en résultent, souvent mélangés de sulfates et de chlorures, lorsque l'iodure de fer employé était primitivement impur, transforment les propriétés natives de ce précieux agent ; pur, il n'exerce qu'une action topique insignifiante ; altéré, il devient nocif et peut provoquer des troubles d'irritation gastro-intestinale, capables de compromettre l'intervention thérapeutique. L'iode libre est lui-même un véritable caustique pour la muqueuse stomacale.

On peut déduire des considérations précédentes que le *protoiodure de fer* est difficilement obtenu à l'état chimiquement pur et que cette condition est indispensable pour obtenir la somme d'activité thérapeutique qui lui est propre. D'où l'obligation pour le médecin de ne prescrire qu'un iodure de fer absolument pur. Or, celui-ci, en raison des difficultés qui entourent sa manipulation, ne pouvant être préparé qu'exceptionnellement dans le laboratoire ordinaire, c'est au praticien de choisir une préparation spéciale, qui lui offre toutes les garanties exigibles.

Les *préparations d'iodure de fer de Gille*, connues et expérimentées depuis quarante ans par les médecins, réunissent au plus haut point la fixité et l'inaltérabilité que doit réaliser l'iodure de fer thérapeutique.

Ces préparations sont au nombre de deux : *Dragées* et *Sirop*.

1° Les *Dragées*, dont chacune représente 5 centigrammes de protosel, exactement dosées, sont recouvertes par un enrobage inaccessible à l'air humide, mais parfaitement soluble dans les liquides digestifs, et qui favorise singulièrement la dilution complète de l'iodure dans le suc gastrique; c'est là un point de supériorité indéniable sur la forme pilulaire, rejetée par un grand nombre de médecins parce que trop souvent la pilule d'iodure de fer, comme tous les similaires, traverse le tube intestinal sans être attaquée ni dissoute.

L'iodure de fer de ces dragées ne noircit pas les dents, ne communique aucune fétidité à l'haleine, ni saveur styptique à la bouche; il ne donne jamais lieu à aucune manifestation gastralgique. Cette innocuité est la conséquence de son inaltérabilité constante.

Enfin elles présentent, par la modicité de leur prix, l'avantage d'un traitement iodo-ferrugineux à bon marché.

2° Le *Sirop*, dont chaque grande cuillerée répond à 10 centigrammes d'iodure ferreux, jouit des mêmes propriétés que les *Dragées*, et il conserve ce sel indécomposé.

La saveur de ce *Sirop* ne laisse aucun arrière-goût atramentaire, ce qui est l'écueil de la plupart des sirops ferrugineux : ce privilège tient à la stabilité invariable de l'iodure de fer incorporé.

Son goût, uniformément agréable, en facilite l'administration chez les enfants de tout âge et fait de ce médicament le reconstituant le plus appréciable de la médecine infantile, le succédané presque toujours préféré de l'huile de foie de morue.

Le sirop de protoiodure de fer convient encore aux personnes délicates ou dysphagiques, aux hystériques particulièrement, et aux neurasthéniques, qui ne peuvent avaler l'iodure de fer solide.

BIBLIOGRAPHIE

La névrite dégénérative primitive au point de vue clinique et anatomique, par A. KAST. — *Deutsches Arch. f. Kl. Med.* 1886.

Ce travail comprend plusieurs observations prises d'une façon très complète et intéressantes à plus d'un titre, nous en signalerons les points principaux d'après le résumé de l'auteur.

OBSERVATION I. — Angine folliculaire (?) en avril, parésie de l'accommodation au commencement de mai, puis ataxie progressive, à début subaigu, des extrémités supérieures puis des inférieures. Troubles pour tous les modes de la sensibilité avec retard des sensations douloureuses. Au début douleurs dans les membres, il n'a jamais existé de sensibilité à la pression pour les nerfs. Parésie atrophique des interosseux et de la langue avec disparition de l'excitabilité faradique, secousses faibles et paresseuses avec les courants galvaniques les plus énergiques. Perte des réflexes rotuliens. Développement progressif de manifestations bulbaires; paralysie du voile du palais, troubles de l'innervation du larynx, troubles de la déglutition. Mort 9 mois après le début de l'affection par pneumonie de déglutition; résultats négatifs de l'examen des centres nerveux ; dégénération multiple des nerfs périphériques spinaux et crâniens. Est-ce bien réellement d'une angine folliculaire et non de diphthérie qu'il s'agit ici? il convient de rappeler qu'à ce moment la malade n'a été examinée par aucun médecin. Dans les considérations dont l'auteur fait suivre cette observation nous signalerons celles qui ont trait à l'ataxie d'origine périphérique.

OBSERVATION II. — Alcoolisme. Début par une névrite optique; faiblesse et fourmillements dans les jambes. — Paralysies atrophiques coïncidant avec du délirium tremens et de douleurs dans les membres, gonflement de plusieurs jointures, ces paralysies siégeaient sur les territoires de différents nerfs périphériques des extrémités supérieures et auparavant des inférieures. Troubles notables de la sensibilité, douleurs, sensibilité modérée des nerfs à la pression. Réaction de dégénération soit complète, soit partielle, irrégulière comme distribution. Amélioration. A ce propos l'auteur insiste sur l'existence de la

névrite optique et sur la fluxion articulaire qu'il n'est pas éloigné d'attribuer à la névrite périphérique, il insiste sur les résultats de l'examen électrique au point de vue du diagnostic entre la névrite périphérique et la poliomyélite.

Dans l'Observation III il s'agit d'une infection puerpérale à la suite de laquelle survint une parésie atrophique dans le domaine du cubital et du médian. Dans l'Observation IV une névrite du radial fut déterminée par une injection d'éther.

PIERRE MARIE.

Les actes de l'Etat civil; par A. LACASSAGNE. — A. Storck, éditeur, Lyon, Paris.

Ce petit volume est le premier ouvrage d'une bibliothèque scientifique destinée à l'avocat et au magistrat et composée sous la direction du savant professeur de Médecine légale de la Faculté de Lyon. Nous aurons à analyser plus tard les différents manuels traitant des expertises dans lesquelles la compétence du juge cesse pour faire place à celle du médecin, du chimiste ou de l'ingénieur. Si tous les ouvrages de la série présentent les mêmes qualités d'exposition et de clarté que celui qui étudie les actes de l'état civil, le succès répondra certainement aux efforts des auteurs et de l'éditeur.

M. Lacassagne passe successivement en revue les questions médico-légales soulevées à l'occasion de la naissance, du mariage et de la mort. Il résume avec beaucoup de netteté l'état de la jurisprudence sur les difficultés d'interprétation qui embarrassent autant le médecin que le magistrat : aussi la lecture de cet ouvrage sera-t-elle également profitable à l'un et à l'autre.

La physionomie chez l'homme et chez les animaux, par S. SCHACK, major de l'armée danoise. — Paris, J.-B. Baillère et fils, 1 vol. 446 pages avec 154 figures dans le texte.

Si cet ouvrage est un livre de science, c'est du moins d'une science amusante et légère : nous ne trouvons rien ici qui rappelle les délicates expériences de Duchenne ou les ingénieuses observations de Darwin. En revanche, nous rencontrons à chaque instant des remarques et des dessins qui ne dépareraient ni au *Journal Amusant*, ni au *Charivari*, c'est dire que la fantaisie remplace bien souvent la science. La lecture de ce livre est du reste très agréable : les réflexions de l'auteur, pour être fréquemment bizarres, ne manquent pas quelquefois d'une certaine drôlerie. Le chapitre qui étudie les analogies physionomiques entre l'homme et les animaux offre, à lui seul, de quoi égayer largement pendant quelques heures. On y voit, avec pièces et portrait à l'appui, la tête du lion comparée à celle de Kléber, celle de l'aigle à côté de la figure de Bernadotte; la grimace du singe, c'est le sourire de Voltaire; le regard de la hyène, c'est celui de Robespierre; la physionomie du bouledogue, c'est celle d'une marchandede marée et, *proh pudor!* la tête du porc fait pendant à la face d'un bénédictin italien! Il n'est pas jusqu'à la morue qui ne puisse rappeler la physionomie d'un homme muet ou stupide. A côté de ces observations fantaisistes, le livre du major Schack renferme des indications intéressantes sur quelques points d'anthropologie et d'esthétique.

VARIA

Assistance publique : Bureau central (*Chirurgie*).

A Messieurs les Membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

MESSIEURS,

Le mode de recrutement des chirurgiens des hôpitaux vient d'être modifié par un arrêté récent. Jusqu'au 8 juillet 1886, en vertu de l'article 22 du règlement sur le service de santé, les chirurgiens du Bureau central étaient nommés pour une période fixe de cinq années ; ce temps de service expiré, ils attendaient pendant un temps plus ou moins long, occupé d'ailleurs par des suppléances, qu'une place de chirurgien titulaire devînt vacante. En conséquence, chaque année, deux ou trois chirurgiens sortaient du Bureau central et leur remplacement assurait aux candidats un roulement de deux places par an en moyenne, sans parler de celles que pouvaient ajouter les vacances et les créations de services.

C'est en escomptant ce mode de recrutement qu'un grand nombre de candidats se sont engagés dans la voie longue, laborieuse et peu lucrative des concours de chirurgie. Actuellement ces candidats sont au nombre de 25; tous ont servi l'assistance publique en qualité d'internes ; ce sont des prosecteurs, des chefs de clinique, des professeurs agrégés de la Faculté. Ils ont de 28 à 45 ans ; la plupart ont déjà subi plusieurs concours, 2, 4, 6 ou 10. — La moyenne de leur âge est de 34 ans 1/2 ; la moyenne de l'âge auquel les chirurgiens en exercice ont été nommés au Bureau central est de 32 ans. Ils sont donc encore candidats à un âge de près de 3 ans supérieur à celui auquel leurs maîtres entraient au Bureau central.

Il est inutile et nous aurions mauvaise grâce à le faire, d'insister sur la somme des années de travail et de sacrifice représentées par ces vingt-cinq candidats. Et voici que, brusquement, au moment où les besoins de la chirurgie moderne nécessitent la création de nouveaux services et le dédoublement de quelques autres, multipliant ainsi le nombre des places et légitimant les travaux et les espérances de candidats de plus en plus nombreux, voici que ces mêmes candidats ont appris qu'ils n'auraient qu'une place en 1887, alors qu'en vertu du règlement, ils avaient droit de compter sur trois. Ils se sont informés, et on leur a dit qu'un arrêté du 8 juillet 1886 a supprimé l'article 22 et que désormais les chirurgiens du Bureau central y resteront jusqu'à ce qu'une vacance se produise dans les hôpitaux. De ce changement qui anéantit toutes leurs espérances, personne ne les avait prévenus. Chacun de nous, Messieurs, pris isolément n'est rien; ensemble nous croyons représenter une part importante de l'avenir de la chirurgie française.

Messieurs, il ne peut entrer dans notre pensée de discuter les motifs ou l'opportunité de la suppression de l'article 22; nous venons simplement vous dire ceci : Sur la foi d'un article du règlement en vigueur depuis 1830, un certain nombre d'hommes, au prix des sacrifices que vous savez, se sont engagés dans une voie que l'on vient de fermer brusquement, ou tout au moins de rétrécir dans une mesure désespérante pour la plupart. La brusque suppression de cet article, c'est pour la plupart d'entre nous, l'abandon forcé de toute espérance, la carrière brisée.

Confiants dans la bienveillance et l'esprit de justice du Conseil de surveillance, nous venons vous demander, Messieurs, de bien vouloir atténuer, dans la mesure qui vous paraîtra juste et nécessaire, une transition dont la brusquerie compromet gravement les intérêts de toute une génération de candidats.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments respectueux : Barette, Beurnier, Broca, Castex, Chaput, Coudray, Garnier, Guinard, Hache, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Ménard, Michaud, Nepveu, Petit-Vendol, Ozenne, Picqué, Poirier, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère, Walther.

Annexe à la Pétition des Candidats au Bureau central.

Annexe n° 1. — La modification apportée à l'article 22 du règlement sur le service de santé est basée sur un encombrement du Bureau central qui doit se produire en l'an 1900. (Voir Mémoire de M. le Directeur au Conseil, le 25 mai 1886, et Rapport de M. Nicaise, 10 juin 1886). On peut se demander : 1° Si cet encombrement existe actuellement ; 2° s'il doit se produire en 1900. 1° *Cet encombrement existe-t-il actuellement?* — *Non.* Car, actuellement, il n'existe qu'un chirurgien à la suite (M. Richelot) et le Bureau central n'est pas au complet.

Nombre des places de Chirurgiens au Bureau central : 16. — Nombre actuel des Chirurgiens au Bureau central : 13 — Chirurgiens à la suite : 1. — Observations : *Et le Conseil a voté la création de nouveaux services* (*Délibération du 8 juillet 1886*). Les chirurgiens du Bureau central sont donc actuellement en nombre insuffisant et cette insuffisance va s'accroître du fait des trois places nouvellement créées ; 2° Cet encombrement existera-t-il en 1900? *Oui*, si l'on accepte les chiffres présentés dans le Mémoire de M. le Directeur. *Non*, si l'on s'appuie sur les faits et l'examen approfondi des choses. Il suffit de comparer le tableau dans lequel M. le Directeur résume les 13 années à venir avec le tableau des 13 années précédentes.

Tableau extrait du Mémoire de M. le Directeur. — Chirurgiens à placer de 1887 à 1900 : 34. — Places disponibles : 15. — Excédant probable en 1900 : DIX-NEUF.

Tableau des 13 années précédentes. — Chirurgiens nommés et à placer de 1873 à 1887 : 32. — Places disponibles : 13. — Excédant : Il devait être de DIX-NEUF, il est de UN. Quelles sont les raisons de ce désaccord entre l'excédant prévu et l'excédant réel?

Les voici :

6 places créées au Bureau central;
4 services créés;
2 décès de chirurgiens du Bureau central;
2 démissions;
4 décès de titulaires;
18 + 1 chirurgien à la suite = 19.

Les mêmes raisons réduiront dans une mesure au moins égale l'encombrement que l'on paraît redouter pour 1900.

En effet: déjà, depuis le rapport de M. Peyron, une vacance s'est produite (décès de M. Gillette), deux services nouveaux ont été pourvus (Saint-Louis, Beaujon); de plus, par délibération du 8 juillet, le conseil de surveillance, pénétré des exigences de la chirurgie moderne, a voté la création de deux nouveaux services dans les hôpitaux d'enfants, d'un service de maladie des yeux et des oreilles, et le remaniement de certains services dont le nombre des lits dépasse 60 à 70. Soit, au minimum, trois nouvelles places. Donc, en un an à peine, l'encombrement de 19, prévu pour l'an 1900, a déjà diminué de 6 (près d'un tiers)! Si l'on se permet de faire observer que le tableau administratif ne tient aucun compte de la limite d'âge imposée aux professeurs de clinique de la Faculté par décret récent, ce n'est pas 15 places qu'il y aura à pourvoir, mais 19 (car la limite d'âge atteindra avant 1900 MM. Richet, Verneuil, Trélat et Lefort). Encore 4 nouvelles places à retrancher, et l'excédant, déjà réduit à 13, descend à 9. Et pendant ces treize ans (de 1887 à 1900), est-il prudent de ne prévoir aucune vacance par décès ou démission? aucune création? — L'exemple du passé répond. En résumé: Créations nouvelles; limite d'âge des professeurs de Facultés; vacances par décès ou démissions. Voilà autant de facteurs dont l'omission vicie la statistique du mémoire du 25 mai 1886.

Annexe n° 2. — L'encombrement a déjà existé, il était de 2 en 1882, de 4 en 1883, de 4 en 1884, de 4 en 1885, de 4 en 1886. Actuellement, il est de UN. C'est avec cet UN qu'il faudra faire face aux créations votées. La modification apportée à l'article 22 lèse gravement les intérêts de la génération actuelle et compromet la régularité nécessaire à un bon recrutement. En effet: Dans une période de dix ans (1877 à 1886), VINGT-SIX places ont été mises au concours Dans une période de même durée (1887 à 1896), DIX places seulement seraient mises au concours, d'après le nouvel arrêté. Et, toujours, d'après le même arrêté, l'administration devra mettre au concours douze places en quatre ans (de 1897 à 1900). Ces chiffres n'ont-ils pas leur éloquence? Pour justifier ce *brusque* arrêt qui compromet tant d'intérêts, peut-on invoquer la pénurie ou l'insuffisance des candidats? Leur nombre est de 25. — Il n'a jamais été aussi fort; et, parmi ces 25 candidats, on compte: trois professeurs-agrégés, neuf prosecteurs, six chefs de clinique, quatre aides d'anatomie, une médaille d'or.

Le Conseil de surveillance, dans sa séance du 5 mai, s'est occupé de la pétition que l'on vient de lire: Plusieurs membres ont proposé l'ajournement du concours. Cette proposition n'a été rejetée qu'à une faible majorité. Le conseil a décidé que cette pétition serait renvoyée à l'ancienne commission, qui avait été chargée d'examiner la modification si malencontreuse du règlement, et de présenter un nouveau rapport. Cette commission se réunira aussitôt que le remplaçant désigné de M. Nicaise, M. Horteloup, aura été nommé par le ministre de l'intérieur. Nous croyons savoir que la pétition a reçu l'approbation d'un certain nombre de chirurgiens des plus distingués, entre autres MM. Verneuil, Trélat, Duplay et Guyon, etc., etc.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1635. 12 *janvier — Mémoire pour faire interroger les officiers de l Hostel Dieu contre Mr Nicolas Lesecq par Mrs de Bellièvre, Delanoue, les deux Leclerc et Perrot de la Malmaison, conseillers.*

Mr Jehan Bourgeois scait comme l'on avoullu luy oster sa charge de soubz maitre, la violence dont Mr Nicolas Lesecq a usé à son endroit tant dans le chapitre à l Hostel Dieu que dans l'Eglise Notre Dame, dans la chapelle de Mr Martinot avec Mr le Penitencier, les deniers qu'il a esté contrainct par force de mettre es mains dudict Lesecq dans ladicte chapelle et come ledict Lesecq l'a violenté pour signer un mémoire luy et les autres Religieux et chappelains sur peine de desobeissance et de le priver des ordres sacerdotaux et à ce peine d'excomunication et luy a voulu faire donner ses registres et autres raisons comme il a innové, le noviciat, la comunauté des Religieuses, les faire manger tous d'un costé et autres choses contre l'ordonnance. Dira la sortie de Mr Massia et le procédé pour les autres du garçon du couvent.

Voici les dépositions des témoins:

Frère François Pelletier, religieux scayt de quelle façon il a esté traitté par M. Nicolas Lesecq, Mr le Penitentier et Mr Martinot, leurs violences, l'ignorance du maitre et ce qu'il scayt, dira come l'on a congedié Mr Massia, le procedé de sa sortye et des autres.

Le sieur Bernard despensier dira comme ledict Lesecq l'a traitté plusieurs foys se voulant faire cognoistre seul maistre; luy comandant de luy obéyr absolument, l'accusant de larcin deffendant dans la cuisine de ne congnoistre autre que luy et plusieurs foys jettant feu et flammes pour ce qu'il scayt.

Mr Claude Ladam, pannetier dira ce qu'il scayt, le désordre de la maison et les nouveautez éstablies par Nicolas Lesecq.

Guimier sommelier dira ce qu'il scayt, comme il a voulu le mettre prisonnier pour le faict de la bouscherye, le caresme dernier, le mespris qu'il a faict du Burreau, les deffenses de congnoistre autre pour seul maistre que luy, ne recognoissant ces messieurs, parlant par mespris des gouverneurs.

Le Portier de la Basse cour nomé André dira les parolles et actions dudict Lesecq, les discours sur le faict du cheval, les deffenses faittes de congnoistre autre que luy sinon qu'il les mettra prisonniers.

Pierre Remusat dict Provencal, emballeur dira comme plusieurs foys ledict Lesecq, de son ordre, luy a *comandé de fouetter plusieurs personnes les mettre au carcan, l'a voulu mettre luy mesme prisonnier*, deschiré par violence son habit et ce qu'il scayt du reste.

Charles Gourdou, dit Grisouiy autre emballeur comme il a esté mis hors la maison pour avoir nuittamment avec l homme dudict Lesecq et deux Relligieuses veilleresses pris et enlevé le boys quarante et cinq buches et les avoir portées à la Chambre dudict Lesecq en sa presence et de son consentement ayant pour ce faict laissé une porte ouverte au bas chapitre cette nuict là exprez.

Les deux portiers diront ce qu'ils scavent, mais comme ils sont derniers venus, ne sy faut beaucoup arester, mais Anthoine Antien, portier, doibt estre oy.

Gorry adolescent doibt dire le traittement qui luy a esté faict par ledict Lesecq et Mr Martinot.

Monsieur Pillon, médecin, dira ce qu'il scayt tant pour l'ouverture des corps que *les remèdes dont les religieuses volontaires ne veullent faire user aux malades bien qu'ilz soient ordonnez par les médecins* et comme ledict Lesecq *ne veult que les malades usent de pruneaux bien nécessaires*, s'estendra sur son incapacité, ne sachant un mot de latin et entreteuir les estrangers qui surviennent journellement à l Hostel Dieu.

Le Sr Millot, chirurgien dira ce qu'il scayt de quelle façon il la traitté, l'empire qu'il a voullu avoir dans la maison et son incapacité en sa charge et le tout sans passion. Nicolas premier chirurgien de la porte dira aussy ce qu'il scayt.

La sage femme dira sa vye ses violences les *parolles et excez* dont il a usé tant envers elle, l'ayant privée et puis réintegré en sa place pour l'affaire de madame de Clermont, le mespris de Mrs du Bureau et comme ses gens ont porté hors de la maison la pitance a la mère dudict Lesecq, la despence de luy et trois vallets de sa mère deux servantes et d'un petit enfant.

La négligence des religieuses envers les pauvres malades à cause du noviciat et des autres nouveautez. (*Liasse* 875). (Arch. Assist. publ.).

HYGIÈNE PUBLIQUE

Assainissement de Reims. — Épuration de la Vesle.

Parmi les améliorations que poursuivent avec une persévérance digne de tous éloges les édiles de la ville de Reims, il en est une d'une importance exceptionnelle, dont la réalisation a fait l'objet d'études et de discussions très sérieuses; nous voulons parler de l'épuration de la Vesle.

Le conseil municipal a ratifié, dans sa séance du 22 avril dernier, le traité passé avec la Compagnie des Eaux-Vannes, traité qui assure, dans un avenir prochain, l'épuration de toutes les eaux d'égout, au moyen de l'irrigation des terrains crayeux qui avoisinent la ville et met un terme aux nombreuses et pressantes réclamations contre l'infection de la Vesle par le déversement des eaux industrielles et ménagères. Cette décision du Conseil municipal place Reims au premier rang parmi les grandes villes qui se sont le plus préoccupées des questions d'assainissement et d'hygiène.

En présence d'un problème complexe et difficile, ce Conseil a su, en décidant l'épuration par irrigation, lui donner la solution la plus rationnelle et la plus pratique, la seule qui permette, avec une épuration complète des eaux vannes, le maximum d'utilisation des richesses fertilisantes qu'elles contiennent. La pollution des eaux de la Vesle, qui remonte à plus de trente années, s'étend sur un parcours de 60 kilomètres. Le lit de la rivière envahi par les détritus d'une ville, qui, dans cet intervalle de temps, a vu doubler sa population et décupler son industrie, n'est plus lui-même, sur une grande partie de son parcours, qu'un vaste égout, dont le fond envasé ne peut plus

contenir les eaux infectées qui se répandent sur les propriétés voisines. Depuis longtemps, des procès sont pendants entre la Ville et les propriétaires riverains. Les municipalités de toutes les communes situées en aval de Reims, ont adressé à l'Administration supérieure des réclamations ou des protestations dont elle s'est émue.

En 1868, M. Dauphinot, maire de Reims, devant les représentations de l'autorité supérieure et sous la menace d'instances judiciaires, nomma une commission extra-municipale, qui fut chargée de faire des essais comparatifs d'épuration chimique et d'irrigation près des dépotoirs de Saint-Charles. En 1872, le Conseil prenait en considération une proposition de l'un de ses membres ayant pour objet *l'emploi de toutes les eaux d'égout en irrigations sur le domaine des Maretz;* mais il renvoyait l'examen de cette affaire après les travaux de la commission nommée par M. Dauphinot et dont M. Duchâteaux devait présenter le rapport. Cet important document fut présenté à la fin de 1874 ; il concluait au rejet des procédés chimiques expérimentés à Saint-Charles et à la supériorité de l'irrigation.

Il est inutile de rappeler les discussions souvent passionnées qui s'élevèrent alors dans la presse comme au sein du Conseil municipal entre les partisans de l'irrigation et ceux de l'épuration chimique. La Ville de Reims ne s'est point découragée. De nouveaux essais d'épuration chimique furent tentés en 1876 par MM. Fournier et Bilange. M. le ministre des travaux publics fut alors invité à venir assister aux expériences, et, après une visite faite à l'usine provisoire, il nomma une commission spéciale composée d'ingénieurs, pour donner son avis sur l'efficacité des procédés employés. Dans son rapport du 5 avril 1887, cette commission déclare que *la solution vraie est l'épuration des eaux par le sol*; toutefois, elle conseille d'accorder à la Ville l'autorisation de recourir provisoirement aux procédés mis en usage à Saint-Charles, en attendant qu'elle puisse être en mesure de pratiquer l'irrigation.

Adoptant ces conclusions, le Conseil municipal étudia et approuva deux traités qui répondaient aux vues de la commission ministérielle ; l'un voté par le Conseil en décembre 1879, avec MM. Bilange et Fournier pour l'épuration chimique, et l'autre voté en janvier 1880 avec la Compagnie des Eaux-Vannes pour l'épuration par irrigations. La Société d'épuration chimique faisait l'acquisition de 52 hectares. Le prix de ces terrains devant être remboursé par la Ville à la fin de la concession, la Ville payait une redevance de 0 fr. 008 par mètre cube d'eau épurée; la redevance totale pour la Société d'épuration ne pouvait dépasser 72.000 fr. par an. La Société d'irrigation devait épurer 12.000 mètres cubes par jour, à raison de 0 fr. 005 le mètre cube. La Ville fournissait 50 hectares à la Société et se réservait de reprendre successivement tout ou partie des eaux pour la Société des Eaux-Vannes, au fur et à mesure du développement de l'irrigation. Ces projets, soumis aux enquêtes, furent l'objet de diverses réclamations ; des oppositions furent formulées par les Conseils d'hygiène de l'arrondissement et du département. Le Conseil général des ponts et chaussées, consulté à son tour, prit les conclusions suivantes, qui ont dirigé les nombreuses études de l'Administration sur cette importante question :

Le Conseil : « Rejette le vaste bassin régulateur de 42 hectares de la Société d'épuration chimique qui formerait un véritable étang d'eau corrompue, exposée à la fermentation putride. Il ne peut pas non plus imposer l'expropriation à des propriétés privées pour des travaux qui ne présentent pas de sérieuses garanties de succès ; or, l'expérience tentée par la Ville de Paris et d'autres cités étrangères montre l'incertitude de l'épuration en grand des eaux d'égout par les procédés chimiques ; il reste des masses considérables de résidus qui sont difficilement enlevés par l'agriculture parce qu'ils exigent de lourds frais de transports, tandis que l'utilisation des eaux d'égout par irrigation est effectuée par l'écoulement naturel de ces eaux sur les terrains qu'elles doivent fertiliser.

« Pour ces diverses raisons, le conseil général des Ponts et Chaussées estime qu'il n'y a pas lieu de déclarer l'utilité publique des travaux à exécuter pour l'épuration par les procédés chimiques des eaux d'égout de la ville de Reims. Au contraire, le traité conclu entre la Ville et la Compagnie des Eaux-Vannes, pour épuration par irrigation de ses eaux d'égout, est ferme et peut servir de base à une concession sérieuse.

« L'irrigation provisoire commencée à Baslieux, le succès obtenu par la Ville de Paris à Gennevilliers, prouvent que le problème de l'épuration des eaux brutes de Reims peut être résolu par l'irrigation des terrains perméables situés au nord-ouest de cette ville, au-dessus de la ferme de Baslieux. »

Enfin le ministre des travaux publics, à la date du 13 mai 1882, d'accord avec le Conseil général des ponts et chaussées, dont il a adopté l'avis, estime que la déclaration d'utilité publique des travaux à exécuter par la ville de Reims pour épuration par irrigation de ses eaux d'égoût pourra être prononcée.

L'assainissement de la Vesle, qui paraissait assuré dans un bref délai, était donc, après une longue pérégrination du dossier devant les diverses commissions, renvoyé à une nouvelle étude. Dans ces conditions, le devoir de l'Administration municipale était tout tracé. Elle dégagea la Ville vis-à-vis de la Société d'épuration chimique et se trouva complètement libre pour négocier un nouveau traité avec la Société des Eaux-Vannes.

En prévision de l'exécution de son traité, cette Société avait, en attendant l'autorisation fait l'acquisition de la ferme de Baslieux, comprenant environ 110 hectares de terrains de différentes natures, et elle y avait pendant deux ans pratiqué avec succès divers essais d'irrigation.

L'Administration municipale a pensé qu'au lieu de conclure avec cette Société pour le surplus de ses eaux, un second traité juxtaposé au premier et qui eût pu offrir des difficultés, discussions ou matière à contestation, il serait préférable de ne faire qu'un seul traité pour l'épuration de la totalité des eaux d'égout. C'est ce projet qui depuis bientôt quatre ans était en discussion. Il avait été élaboré d'un commun accord entre la Ville et la Compagnie, après avoir pris conseil de M. Durand-Claye, ingénieur en chef du service de l'Assainissement de Paris, dont la compétence en ces matières est universellement reconnue.

Par ce traité, la Société des Eaux-Vannes s'oblige à épurer la totalité des eaux d'égout de Reims, soit environ 36.000 mètres cubes par jour, à raison de 0 fr. 0045 par mètre cube d'eau épurée ; elle prend à sa charge la construction de l'aqueduc supérieur en dehors du territoire de Reims jusqu'aux champs d'épuration, ainsi que les machines, conduites diverses, etc. La Ville fournit 150 hectares de terrain ; la redevance totale à payer à la Compagnie ne peut dépasser 66.000 fr.

A la suite de longues et interminables discussions, le rapport de la commission chargée d'examiner ce projet ne fut déposé sur le bureau du Conseil municipal qu'à la fin de 1883.

A ce moment, une certaine hésitation commença à régner au sein du Conseil municipal. Plusieurs membres prétendirent que le Conseil, arrivé au terme de son mandat, n'avait plus les pouvoirs nécessaires pour délibérer valablement sur une question aussi importante, qui engageait les finances de la Ville. Une proposition d'ajournement de la discussion après les élections fut adoptée par la majorité des conseillers.

Après les élections de 1884, la Municipalité, renouvelée partiellement fit nommer une nouvelle commission formée des membres qui composaient l'ancienne. Après une étude approfondie, la nouvelle commission, d'accord avec l'administration, rédigea un nouveau projet où se trouvaient introduits des avantages beaucoup plus considérables pour la Ville. Enfin l'accord ayant pu être établi entre les parties intéressées, le traité fut approuvé en octobre 1885. Depuis, le traité fut soumis à l'approbation de l'administration supérieure et le préfet de la Marne se conformant à la circulaire ministérielle de mars 1882 désigna une commission d'enquête qui déposa en janvier 1886 un rapport favorable au projet.

Le dossier fut ensuite adressé au ministère des travaux publics qui le transmit au Conseil général des ponts et chaussées pour avis. Le Conseil général demanda en faveur de la Ville un supplément de garanties en ce qui concerne le degré d'épuration et la surface des terrains à irriguer : satisfaction a été donnée à la Ville par la Compagnie des Eaux-Vannes qui consentit même à faire l'acquisition de 100 nouveaux hectares de terrain pour les consacrer à l'épuration.

Le traité ainsi modifié reçut l'approbation du ministre des travaux publics et fut transmis au ministre de l'agriculture pour y subir un nouvel examen. La commission de l'hydrauli-

que agricole a donné non seulement un avis favorable au projet, mais elle a reconnu que l'opération était de nature à réaliser une importante amélioration agricole, et qu'il y avait lieu d'encourager par une subvention les premières tentatives de l'industrie privée dans cette voie.

En présence de l'avis favorable émis par ses collègues des travaux publics et de l'agriculture, le ministre de l'intérieur, considérant le projet comme définitivement approuvé au point de vue technique, se déclare prêt à provoquer le décret déclaratif d'utilité publique, aussitôt que les voies et moyens auront été votés par le Conseil municipal.

C'est sur cette question des voies et moyens, ainsi que sur les additions ou modifications au traité de 1885, telles qu'elles ont été proposées par la Compagnie des Eaux et acceptées par le Conseil général des ponts et chaussées, comme un important supplément de garanties pour la Ville, que le Conseil municipal de Reims a statué définitivement dans sa séance du 22 avril dernier.

Le Conseil municipal, dans le but d'assainir immédiatement les quartiers de Neufchâtel et du faubourg de Laon, a décidé, en outre, la construction immédiate de l'égout transversal supérieur, cet égout étant sur tout son parcours établi exclusivement dans le sol des voies de la Ville.

De son côté, la Compagnie des Eaux-Vannes commencera très prochainement la construction de la partie de l'aqueduc à sa charge, et l'épuration pourra se faire immédiatement, car les terrains choisis pour les irrigations sont déjà acquis par la Compagnie en quantité suffisante pour l'épuration de la totalité des eaux du grand collecteur supérieur.

Telle est l'importante question que le Conseil municipal de Reims vient de résoudre et qui assure l'assainissement prochain de la Vesle. Les discussions ont été longues et laborieuses, mais le problème lui-même était difficile à résoudre et il convient de féliciter l'Administration municipale présidée par notre distingué ancien collègue de l'internat des hôpitaux, le Dr Henrot, le sympathique maire de Reims, qui a su conduire cette opération à bonne fin.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Rémy, Terrillon. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Charcot, Guyon, Straus; — 2e *Série* : MM. Fournier, Lannelongue, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1er *Série* : MM. Trélat, Pinard, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Reclus, Marchand, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Damaschino, Landouzy.

MARDI 10. — Dissect. (Épreuve pratique) : MM. Duplay, Mathias-Duval, Richelot. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Grancher, Quenu ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Cornil, Troisier, Quinquaud ; — 2e *Série* : : MM. Peter, Laboulbène, Hallopeau.

MERCREDI 11. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Marchand, Segond. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Lannelongue, Rendu ; (2e partie) : MM. Gautier, Rémy, Reynier. 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Pinard, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Reclus, Budin.

JEUDI 12. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Humbert. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Vulpian, Laboulbène, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Proust, Grancher, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Jaccoud, Troisier, Hanot ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Rémy, Quinquaud.

VENDREDI 13. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Reclus, Segond.— 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Farabeuf, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie), 1re *Série* (Charité) : MM. Charcot, Pinard, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Rémy, Marchand, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Straus.

SAMEDI 14. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Farabeuf, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (2e partie), 1re *Série* : MM. Le Fort, Troisier, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Grancher, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Campenon. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Tarnier, Humbert ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Peter, Cornil, Debove ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 11. — Metaxas-Zani. De la cure de certaines tumeurs de la face. — M. Ritzo. Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. — Ses ulcérations tuberculeuses. — M. Nivet. De la fréquence relative des différentes variétés de chancres extra-génitaux chez l'homme et chez la femme (Suivi de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886). — *Jeudi* 12. — M. Lerond. Traitement de l'hydrocèle par les injections au chlorure de zinc au dixième. — M. Joffrin. Etude critique sur les déchirures du périnée. — Variétés. — Etiologie. — Traitement. — *Vendredi* 13. — M. Flaud. Traitement de l'hygroma prérotulien chronique. — M. Delobel. Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sus-hyoïdienne.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'hostologie de la Charité, commencera un nouveau cours (le dernier avant les vacances), le lundi 16 mai, à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi suivants à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, près le Châtelet, de midi 1/2 à 1 heure 1/2.

Conférences de psychologie physiologique.— M. Jules SOURY, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes (près la Sorbonne), a commencé le 18 avril des conférences de psychologie physiologique sur l'agraphie, et les continuera les lundis et vendredis suivants à 4 heures 1/2.

NÉCROLOGIE.

M. le professeur GOSSELIN.

M. Gosselin, l'un des plus vieux représentants de la chirurgie française, l'un des chirurgiens les plus respectés, vient de succomber aux suites d'une longue maladie. Atteint depuis plusieurs années, il a lutté cependant, aussi longtemps que ses forces le lui ont permis, contre les progrès de l'affection qui vient de l'enlever à l'âge de 71 ans.

M. Gosselin a été, à l'époque de sa pleine activité scientifique, un de nos plus distingués chirurgiens. Il a été mêlé à toutes les discussions qui alors passionnèrent le monde chirurgical et a occupé dans l'enseignement et la science une des plus brillantes situations à laquelle il soit donné à un homme d'aspirer.

Né le 16 juin 1815, élève des lycées de Versailles et de Charlemagne à Paris, Gosselin fut reçu docteur à l'âge de 28 ans, après avoir été interne des hôpitaux (promotion du 13 décembre 1835). A 30 ans, il était nommé au concours professeur agrégé de la Faculté de médecine.

A 31 ans, en 1846, il devenait chef des travaux anatomiques à la Faculté. En 1845, il avait déjà été reçu chirurgien du Bureau central des hôpitaux. Il a été successivement chef de service aux hôpitaux suivants : Lourcine, Cochin, Beaujon, la Pitié et enfin la Charité. En 1858, il fut nommé professeur à la Faculté et y occupa la chaire de pathologie externe jusqu'en 1867, époque de la mort de Velpeau. Il lui succéda à la clinique chirurgicale de la Charité.

Dès 1860, l'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes ; et même dès 1856 il était président de la Société de chirurgie qui lui conférait l'honorariat en 1863.

De son enseignement clinique à la Charité, il reste l'œuvre la plus importante de Gosselin, l'œuvre qui résume presque toute sa vie chirurgicale. Ce sont les deux volumes qui constituent ses *Leçons de clinique chirurgicale de la Charité* (1872). Gosselin a publié un grand nombre de travaux. Outre sa thèse de doctorat sur les *fibro-cartilages articulaires*, il faut citer parmi ses principaux ouvrages:

Compendium de chirurgie pratique, en collaboration avec Bérard d'abord, puis Denonvilliers. — *Leçons sur les hernies*

abdominales (1865); — *Traité des hémorrhoïdes* (1866); — *Traité des maladies des yeux* (extrait du *Compendium*, 1855). — Une traduction du *Traité des maladies du testicule de Curling*, avec introduction et notes (1857).

Mentionnons en outre quelques-uns de ses mémoires les plus connus, disséminés çà et là dans les différents journaux de médecine (*Arch. de méd.*, *Gaz. Hebd.*, *Bull.*, *Acad. Méd. et Soc. Chir.*) : *Ulcérations du col de l'utérus*;— *Micrographie appliquée à l'anatomie pathologique*; — *Rétrécissement de l'urèthre*; — *Opération de la cataracte*; — *Ostéite des adolescents*;—*Septicémie, etc.*;—*Rétrécissements du rectum*; — *Fistules à l'anus*; — *Fractures du tibia en V*; — *Tumeurs cirsoïdes artérielles* (1868); — *Kystes de l'épididyme et du testicule* (1848); — *Kystes synoviaux du poignet* (1852); — *Oblitération des voies spermatiques* (1847 et 1856); — *Trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil* (1855); — *Etudes hématoscopiques* (1858); — *Etude clinique de l'étranglement herniaire* (1859); — *Recherches sur le mode d'action des antiseptiques* (1883), etc., etc.

M. Gosselin a collaboré activement au *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et y a publié soit seul, soit avec ses élèves, un certain nombre d'articles.

Ses thèses de concours: *De l'étranglement dans les hernies* (agrégat. en chirurgie, 1844); — *Système nerveux ganglionnaire* (chaire d'anatomie, 1846); — *Traitement des polypes des fosses nasales* (chaire de méd. opér., 1850); — *Des pansements rares* (chaire de clin. chir., 1851).

Gosselin était membre de l'Institut (Académie des sciences, section de médecine et chirurgie) depuis 1874; il avait remplacé Nélaton. En 1886, il fut même président de l'Institut et, malade déjà à cette époque, ne put occuper qu'assez rarement le fauteuil présidentiel. Bien d'autres titres lui ont été conférés: il fut vice-président honoraire de l'Association générale des médecins de France, dont il présida quelque temps la Société centrale.

Gosselin, comme l'a dit M. le Pr Lannelongue, dans le discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie, a été un homme sympathique à tous, bon, simple et bienveillant, ami des jeunes, doué d'un grand bon sens et d'une parole claire et mesurée. Ses travaux montrent quelle est sa valeur.

N'oublions pas que M. Gosselin a donné un exemple que bien d'autres auraient dû ou devraient suivre: ne pouvant plus professer à la Faculté dans les mêmes conditions qu'autrefois, il a eu le courage d'abandonner la chaire qu'il avait illustrée et de se faire nommer professeur honoraire.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 24 avril 1887 au samedi 30 avril 1887, les naissances ont été au nombre de 1110, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418; illégitimes, 153. Total, 571. — *Sexe féminin* : légitimes, 274; illégitimes, 165. Total, 539

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 avril 1887 au samedi 30 avril 1887, les décès ont été au nombre de 1179, savoir : 618 hommes et 561 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 10. T. 22. — Variole : M. 7, F. 5, T. 12. — Rougeole : M. 26, F. 26. T. 52. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 4, F. 7. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 18 F. 20, T. 38. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phthisie pulmonaire : M. 129, F. 79. T. 208. — Autres tuberculoses : M. 25, F. 21. T. 46. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 27. T. 50. — Méningite simple : M. 23, F. 20. T. 43. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 28. T. 59. — Paralysie : M. 2, F. 1. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 3. F. 3. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 37. T. 68. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 17 T. 29. — Bronchite chronique : M. 26, F. 21. T. 47. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 22. T. 43. — Pneumonie M. 55, F. 59. T. 114. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 9. T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 19, F. 6. T. 16. — Autres gastro-entérite : M. 2, F. 5. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 12, F. 15. T 27. — Suicide : M. 12, F. 4. T. 16. — Autres morts violentes : M. 6, F. 3. T. 9. — Autres causes de mort : M. 89. F. 85. T. 174. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 8. T. 15.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44, illégitimes, 10. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 20; illégitimes, 18. Total : 38.

Faculté de Médecine de Paris. — *Exercices opératoires.* — M. le Dr Boiffin, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 10 mai 1887, à 1 heure précise, pavillon no 3.

Faculté de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Les juges titulaires du concours de l'adjuvat, qui aura lieu lundi, 9 mai, sont : MM. Farabeuf, Verneuil, Trélat, Guyon, Kirmisson. Les juges supplémentaires sont MM. Lannelongue, Panas et Humbert.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. — M. Beauvisage, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de botanique à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Brousse, agrégé près ladite Faculté, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de préparateur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Mossi, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille. — M. Rietsch, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de bactériologie à ladite école.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours. — M. Morel (G.), né à Tours le 22 août 1852, est nommé secrétaire de ladite école, en remplacement de M. Leroy, dont la démission est acceptée.

Hôpitaux de Paris. — M. le Dr Letulle, médecin du Bureau Central, est nommé médecin de Sainte-Périne.

Hôpital du Val-de-Grace. — M. Poncet, professeur à l'école d'application de Médecine et de Pharmacie militaire a été désigné pour occuper l'emploi de sous-directeur à cet établissement.

Hospices et hôpitaux de Bordeaux. — *Concours pour une place de chirurgien-adjoint.* — Ce concours s'est terminé samedi par l'épreuve de médecine opératoire. Les candidats ont eu à pratiquer une *résection de la tête fémorale* et à faire la *ligature de l'artère fémorale* à l'anneau du troisième adducteur. Les autres questions mises dans l'urne étaient : Ligature de la linguale. Amputation de Lisfranc. Ligature de la sous-clavière. Résection du coude. A la suite de ce concours, dont la plupart des épreuves ont été très brillantes, M. le Dr Pousson a été classé premier.

Herborisations. — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation à Champigny, le dimanche 8, midi 1887; Départ à la gare de Vincennes, pour Joinville-le-Pont, à midi.

Hygiène urbaine. — A Rouen, une grande commission nommée par le maire pour étudier la question de l'assainissement de la ville, sous la présidence de M. Vallin, vient de conclure à l'application du *tout à l'égout*.

Les étudiants étrangers. — Nous apprenons que les internes et les externes des hôpitaux de Lyon ont l'intention de réclamer de l'administration des hospices certaines restrictions dans l'admission des étrangers au concours de l'internat et de l'externat. C'est là une question délicate. Il est certain que les étrangers jouissent en France d'avantages supérieurs à ceux des nationaux. Le fait d'être délivré du service militaire leur donne des facilités de tous genres pour la préparation des concours et des examens. Par suite d'une tendance singulière de l'esprit français, un accent étranger ne nuit pas et fait passer des lapsus attribués à une connaissance imparfaite de la langue. Néanmoins il nous parait difficile d'interdire aux étudiants étrangers l'internat ou l'externat.

En revanche, nous demandons formellement que les fonctions de la Faculté : places de prosecteurs, d'aides d'anatomie, de préparateurs des laboratoires, etc., leur soient impitoyablement refusées. Nous savons que la stabilité résultant de la dispense du service militaire, que la connaissance des langues étrangères peuvent rendre ces étudiants plus aptes que leurs camarades à remplir ces rôles. Mais les fonds de l'Etat doivent être réservés à nos compatriotes. Un étranger peut avoir droit à l'hospitalité et à l'instruction; le payer par surcroit est une duperie d'autant moins excusable, qu'aucune nation ne nous paye de retour. — (*Province Médicale.*)

Mission scientifique. — La mission scientifique, confiée par arrêté du 10 mai 1886 à M. le Dr Pozzi, pour étudier en Allema-

gne et en Autriche l'enseignement de la gynécologie, est prolongée d'un an à dater de ce jour.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. GUIGNET, suppléant M. le professeur Chevreuil, commencera le cours de chimie appliquée aux corps organiques, mardi prochain 10 mai 1887, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Le cours de la présente année sera consacré à l'histoire des principes immédiats contenus dans les êtres vivants, animaux et végétaux.

VACANCE MÉDICALE. — On demande un médecin pour la station thermale de Luxeuil (Haute-Saône). Situation excellente à prendre durant la saison thermale, dans un pays très agréable. S'adresser pour les renseignements aux bureaux du *Progrès médical.*

NÉCROLOGIE. — M. MALAPERT (de Poitiers), pharmacien de 1re classe, professeur de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, vient de mourir à l'âge de 89 ans ; ce fut un chimiste et un naturaliste distingué. — M. Daniel GONTIER-LALANDE, pharmacien, ancien président de la Société de pharmacie de Bordeaux. M. Gontier-Lalande était un pharmacien estimé. — MM. les docteurs BAYONNE (de Gimont) ; BRUN père (de Vernes-la-Varenne) et Amédée LÉVESQUE, médecin honoraire des hôpitaux de Rouen et professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de cette ville. — M. le Dr BONVALLET, ancien président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris, mort à 82 ans.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, lundi et mardi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred FOURNIER reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 29 avril 1887, à 9 heures du matin (Hôpital St-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.—*Ordre du cours* : Les mardis : Leçon au lit des malades ; les vendredis : Leçon à l'Amphithéâtre (10 heures) ; les jeudis : Leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par M. le Dr A.Darier, chef du laboratoire d'histologie. — M. HALLOPEAU : cours clinique des maladies syphilitiques, le samedi à 4 h.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M le Dr Jules SIMON reprendra ses conférences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 18 mai, à 9 h., et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation clinique tous les samedis.—*Médecine.* M. le Dr OLLIVIER.—Consultation le jeudi. —Poli-clinique des maladies aigues le mardi. Poli-clinique des maladies cutanées le samedi.—Salle St-Elisabeth (F.) : 1, érythème ; 2, tuberculose pulmonaire ; 3, pleurésie ; 4, embarras gastrique ; 5, chorée ; 6, fièvre typhoïde ; 7, fièvre typhoïde ; 8, stomatite aphteuse ; 9, 10, 11, chorée ; 12, fièvre typhoïde ; 13, chorée ; 14, coqueluche ; 15, broncho-pneumonie ; — 16, scarlatine ; 17 et 19, scarlatine ; 18, paralysie infantile ; 20, chorée ; 22, anémie ; 23, chorée intense et hystérie ; 24, chorée ; 25, tuberbulose pulmonaire, suite de fièvre typhoïde ; 23, fièvre typhoïde ; 27, urticaire ; 28, tuberculose pulmonaire ; 29, fièvre typhoïde ; 30, bronchite ; 31, sclérose cérébrale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

FIRKET (Ch.). — Etudes sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tuberculose. Brochure in-8 de 17 pages.

POUCHET (G.). — Charles Robin, sa vie et son œuvre. Volume in-8 de 185 pages.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BUTEL (G.). — La tuberculose des animaux et la phthisie humaine. Brochure in 8 de 85 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils.

CORLIEU (A.). — La Prostitution à Paris. Volume in-18, de 127 pages. — Prix : 2 fr.

FALIN. De la prophylaxie de la rage par les moelles et de la rage cérébro-médulaire. Brochure in-8 de 50 pages.

FREIRE (D.). — Premières études expérimentales sur la nature du cancer. Brochure in-12° de 29 pages. — Rio-de-Janeiro, 1887. — Pinheiro et Ce.

HAERTEL (H.). — Verzeichniss von chirurgischen Instrumenten, Bandagen und Artikeln zur Krankenpflege. Volume in-4° cartonné de XVI-230 pages, avec 4,000 figures. — Breslau, 1887. — 33, Weidenstrasse.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulev. St-Germain

ABREU (E.). A. Raiva. — Relatorio apresentado a sua excellencia o presidente do conselho de ministros e ministro do Reina conselheiro José Luciano de Castro. Volume in-8 de 302 pages. — Lisboa, 1886. — Imprensa Nacional.

JACOBELLI (A.). — Parallelo tra il passato ed il presente dell' atmiatria. Brochure in-8 de 24 pages. — Napoli, 1886. — Accademia medico-chirurgica.

MAROCCO (C.). — Prelezione al corso libero di genecologia teorico-pratica. Brochure in-8 de 37 pages. — Roma, 1887. — Tipographia F. Pallotta.

MAROCCO (C.). — Sopra un'anomalia congenita dell'introito della vagina. Brochure in-8 de 24 pages, avec une planche. — Milano, 1886. — Tipografia F. Rechiedei.

MAROCCO (C.). — Studio clinico sui tumori del bacino nei loro rapporti di origine e di sede nel legamento Largo. Brochure in-8 de 156 pages. — Milano, 1886. — F. Rechiedei.

PETTERUTI (G.). — Esperimenti ed osservazioni ulteriori intorno alla ossaluria. Brochure in-8 de 115 pages, avec une planche. — Napoli, 1886. — V. Pasquale.

ZUCCARO (G.). — Nuovi studi sulla stimolazione meccanica dei nervi e dei muscoli. — Fascicolo 1°. Brochure in-8 de 74 pages, avec 5 planches hors texte. — Bologna, 1885. — Tipografia Fava e Garagnani.

ARBUTHNOT LANE. — The causation and pathology of the so-called disease rheumatord arthritis os rheumatic gout, and of senile changes. Brochure in-8 de 63 pages, avec 4 figures. — London, 1886. — Adlard.

BRAITHWAITE (J.). — The retrospect of medicine. Volume XCIV. July-december 1886. — London, 1887. — Simpkin Marshale.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BRISSAY (A.) — Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire contemporaines. Introduction, par le Dr Doléris. Volume in-8 de 207 pages, avec 43 figures. Prix : 7 fr.

CALLAMAND (E.). — Du rôle de l'eau dans la nutrition. Volume in-8 de 101 pages. Prix : 3 fr.

DANION (L.). — Traitement des affections articulaires par l'électricité. (Leur pathogénie). Volume in 8 de 239 pages. Prix : 5 fr.

LEFOUR (R.) — De la constriction métallique appliquée à la rachitomie. Volume in-8 de 134 pages, avec 4 gravures et une planche. Prix : 3 fr. 50

PETIT (A.). — Guide du médecin et du pharmacien auxiliaires de l'armée. Volume in-18 de 188 pages, avec 13 fig. Prix : 3 fr. 50

TOUSSAINT (E.).—Hygiène de l'enfant en nourrice et au sevrage. Guide pratique de la femme qui nourrit. Volume in-18 de 148 pag. Prix : 1 fr. 50

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

MARFAN (B.). — Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire. Volume in-8 de 220 pages, avec 4 planches hors texte.

CHARLTON BASTIAN. — The muscular sense its nature and cortical localisation. Brochure in-8 de 89 pages. — London, 1886. — W. Clowes and sons.

HARRISON (R.). — Papers of hypertrophy of the prostate muscle. Brochure in-8 de 16 pages. — London, 1886. — J. et A. Churchill.

KERLIN (N.). — Provision for idiotic and Feble-minded Children. Brochure in-8 de 18 pages. — St-Paul (Minn.) 1886.

MARTIN (J.). — On antiseptic Surgery : and its application in military hospitals and in the Field. Brochure. — London, 1886. — J. et A. Churchill.

D'ARCY-PORVER. — Fibro-sarcoma of the dura mater : — Multiple sarcomata in the cerebral hemispheres and pons Varolii, with entire absence of cerebral symptoms. Brochure in-8 de 14 pages et une planche hors texte. — London, 1886. — Adlard.

STILLING (H.) et PFITZNER (W.). — Ueber die Regeneration der glatten Muskeln. — Brochure in-8 de 17 pages, avec 1 planche. — Extrait des Archiv. fur mikroskop.

WIDMARK (J.). — Refraktions undersökningar, utforda vid nagra Skolor i Stockholm. Brochure in-8 de 36 pages, avec une planche hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE T. V N° 19. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 MAI 1887.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Vaisseaux lymphatiques du larynx. Vaisseaux lymphatiques de la portion sous-glottique. Ganglion pré-laryngé (1);

Par le Dr Paul POIRIER, prosecteur, agrégé de la Faculté.

Le système lymphatique du larynx est remarquable par son développement; toutefois, au dire des anatomistes, tant Français qu'étrangers, il faut distinguer dans cet organe deux régions essentiellement différentes au point de vue du nombre et de l'importance des vaisseaux lymphatiques; une région sus-glottique dans la muqueuse de laquelle les lymphatiques « s'étalent avec une prodigieuse richesse », et une région sous-glottique « où ces vaisseaux ne forment plus qu'un réseau délié à mailles assez larges ». Tous les auteurs s'accordent à dire que cette différence s'accentue au fur et à mesure que l'on descend vers la trachée et aucun ne parle des vaisseaux lymphatiques de la région moyenne ou ventriculaire.

En conséquence, il n'est question dans les descriptions que des troncs lymphatiques qui partent du réseau sus-glottique et qui traversent la membrane thyro-hyoïdienne pour se rendre dans les ganglions situés autour de la bifurcation des carotides. Seul, M. le professeur Sappey, dans son magnifique ouvrage sur les vaisseaux lymphatiques chez l'homme et les vertébrés, décrit et représente quelques ramuscules provenant de la partie sous-glottique de la muqueuse laryngée qui contournent le bord inférieur du cartilage cricoïde pour se rendre dans les très petits ganglions qui entourent la partie terminale des nerfs récurrents. (Sappey, vaisseaux lymphatiques chez l'homme et chez les vertébrés, 1874.)

Des recherches de contrôle entreprises sur ce sujet m'ont conduit à des résultats sensiblement différents de ceux qu'enseignent les anatomies classiques. Ayant souvent rencontré dans mes dissections, un ou deux ganglions lymphatiques, au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, dans le V formé par les muscles crico-thyroïdiens, je me demandai quels pouvaient être leurs lymphatiques afférents; disséquant ces ganglions avec précaution et sous la loupe je pus voir qu'ils recevaient par leur face profonde plusieurs troncs sortis du conduit laryngien par les trous de la membrane crico-thyroïdienne. Les suivre au-delà était impossible, mais il était permis de soupçonner que ces vaisseaux provenaient de la portion sous-glottique du larynx. Pour contrôler cette hypothèse je résolus d'injecter au mercure, par le procédé ordinaire, les lymphatiques de la muqueuse laryngée dans sa moitié inférieure. J'avais appris que le réseau lymphatique de la portion sous-glottique était extrêmement délié et difficile à injecter même pour les plus habiles; aussi ma surprise fut assez grande de voir, dès la première piqûre toute la muqueuse de la région sous-glottique, y compris la face interne de la corde vocale inférieure se recouvrir instantanément d'un magnifique réseau à mailles si serrées que la muqueuse disparaissait à peu près complètement sous la fine dentelle de mercure. *Ayant alors retourné la pièce, je constatai que plusieurs troncs lymphatiques injectés traversaient la membrane crico-thyroïdienne et se jetaient dans le ganglion pré-laryngé dont j'ai parlé plus haut.*



Fig. 29. Ganglion pré-laryngé.

J'ai renouvelé vingt fois l'expérience avec le même succès. J'attribue la réussite de mes injections à ce fait que, n'ayant pas alors à ma disposition de larynx frais d'adultes, je m'étais servi de larynx d'enfants de 1 à 7 ans. Plus tard j'ai repris les injections sur des larynx d'adultes et j'ai remarqué que les difficultés augmentent avec l'âge du sujet : c'est ainsi que sur les sujets âgés on ne réussit que très rarement à injecter l'ensemble du réseau laryngien, qui apparaît alors très délié et beaucoup moins développé que sur les larynx d'enfants ou d'adultes. Chez les vieillards, la muqueuse laryngée est plus lisse et beaucoup moins épaisse ; elle paraît avoir subi une sorte d'atrophie et l'élément lymphatique, dominant chez l'enfant et le jeune (âges des laryngites n'y est plus que faiblement représenté. Cette atrophie ne porte pas seulement sur le réseau lymphatique de la muqueuse; elle s'étend, je crois, jusqu'aux ganglions qui reçoivent les troncs partis de ce réseau; je le dirai plus loin à propos du ganglion pré-laryngé.

Ce fait d'une atrophie progressive et normale du système lymphatique n'est d'ailleurs pas particulier au larynx; je l'avais déjà noté, il y a plusieurs années, en injectant les lymphatiques du testicule à l'occasion d'un concours de prosectorat. Je tiens de mon très honoré

(1) Communiqué à la Société anatomique.

maître M. le professeur Sappey qu'après avoir essayé, pendant bien longtemps et toujours sans succès, d'injecter les lymphatiques de la muqueuse utérine il réussit pour la première fois un jour que par hasard et presque sans espoir il piquait la muqueuse du col utérin sur une enfant. Aussi faut-il conseiller à tous ceux qui se livrent à des recherches sur le système lymphatique de choisir des jeunes sujets pour commencer ; les cadavres d'enfants de 2 à 9 ans, ni trop frais, ni trop avancés, c'est-à-dire après cinq jours en hiver et deux en été, me paraissent mériter la préférence.

Pour injecter les lymphatiques de la portion sous-glottique du larynx il convient de procéder de la manière suivante : inciser le conduit laryngo-trachéal sur la ligne médiane postérieure et l'épingler sur une plaque de liège en écartant fortement les lèvres de l'incision de façon à bien étaler la surface muqueuse ; balayer et humecter cette surface avec un filet d'eau ; enfin piquer superficiellement et obliquement avec la canule de verre très effilée du tube à injection mercurielle un point quelconque de la région sous-glottique. Neuf fois sur dix l'injection se répand avec la rapidité que l'on sait et envahit, presque instantanément, un champ plus ou moins vaste de la région; bientôt elle s'arrête, mais pour peu que l'on attende quelques secondes elle reprend d'elle-même sa marche envahissante et au bout d'un temps qui varie de deux à cinq minutes, tous les lymphatiques de la région sous-glottique, y compris les troncs et les ganglions, sont injectés. Au cours de l'injection on voit le mercure s'échapper en fines gouttelettes par les lymphatiques coupés lors de la section du larynx ; pour éviter cet inconvénient et obtenir une injection durable il suffit de cautériser au fer rouge les lèvres de la section ; le mercure, qui ne peut plus s'échapper latéralement gagne alors de proche en proche, en bas le réseau lymphatique de la trachée, en haut les lymphatiques de la muqueuse ventriculaire. J'ajoute que dans ces injections la colonne mercurielle ne doit pas dépasser, sous peine de rupture, une hauteur de quinze à vingt centimètres.



Fig. 30. Lymphatiques de la portion sous-glottique.

Réseau lymphatique de la portion sous-glottique du larynx. — Il est formé d'un lacis extrêmement riche et serré de vaisseaux lymphatiques sous lesquels la muqueuse disparaît presque entièrement après une injection réussie (1). En bas, il se continue, sans démarcation, avec le réseau lymphatique également très développé de la muqueuse trachéale ; en haut, il paraît s'arrêter brusquement au voisinage du bord libre de la corde vocale inférieure. Je dis il paraît, car je ne crois pas que la muqueuse qui tapisse la corde vocale soit dépourvue de vaisseaux lymphatiques, même dans la portion amincie qui constitue son bord libre. Je pense que ces vaisseaux existent là comme dans le reste de la muqueuse laryngée ; ils y sont seulement plus rares et plus petits que dans les autres points ; comme, d'ailleurs, la muqueuse se dessèche très rapidement à ce niveau, on comprend que ces vaisseaux ne se laissent pas pénétrer par l'injection. En effet, en observant à la loupe les pièces que j'ai déposées au musée de la Faculté, on peut voir que le réseau lymphatique, qui s'avance jusqu'à 1 millimètre du bord libre de la corde vocale inférieure ne s'y termine point d'une façon régulière : çà et là, de très petits vaisseaux s'en détachent et s'avancent vers le bord libre de la corde vocale ; le mercure les a pénétrés en partie, puis il n'a pu aller plus loin, sans doute pour les raisons que j'ai données plus haut.

La même particularité s'observe lors de l'injection des lymphatiques de la portion sus-glottique : le réseau qui tapisse les parois vestibulaires de la muqueuse envahit les cordes vocales supérieures et descend jusqu'à leur bord libre, mais en se raréfiant de plus en plus.

En avant, dans l'angle d'insertion des cordes vocales inférieures, au thyroïde, et en arrière, sur la face interne des aryténoïdes, les mailles du réseau sous-glottique s'allongent dans le sens vertical et ainsi sont formés deux groupes ou pinceaux de vaisseaux lymphatiques intra-muqueux qui gagnent la région ventriculaire et se confondent avec le réseau lymphatique de celle-ci.

Réseau lymphatique de la région ventriculaire. — Bien qu'il ne soit pas décrit dans les anatomies, à ma connaissance, du moins, ce réseau existe. Je l'ai injecté par hasard en piquant la muqueuse sous-glottique, mais on réussit assez facilement à l'injecter par piqûre directe. Ce réseau est aussi riche que ceux des régions sus et sous-glottique, avec lesquels il se continue.

Troncs lymphatiques. — Les troncs lymphatiques qui partent du réseau laryngé doivent être divisés en supérieurs et inférieurs. Les premiers seuls ont été signalés ; il est juste d'ajouter qu'ils sont les plus nombreux et les plus importants. On sait qu'ils se partagent en deux groupes, composés chacun de quatre ou cinq vaisseaux, qui convergent vers les parois latérales du vestibule du larynx pour traverser la membrane thyro-hyoïdienne et se rendre dans les ganglions situés autour de la bifurcation des carotides primitives. C'est en ce dernier point que l'on cherche d'ordinaire et avec raison les adénites symptomatiques d'une affection laryngée.

Les troncs lymphatiques inférieurs, qui partent du réseau sous-glottique, affectent un tout autre trajet et une terminaison bien différente. Ils ont échappé jusqu'ici à l'observation des anatomistes. Au nombre de 3 à 5, ils traversent la membrane crico-thyroïdienne et se rendent tantot dans un ou deux ganglions placés au-devant de cette membrane, ganglions pré-laryngés, tantôt dans des ganglions latéraux, sur les parties latérales et inférieures du larynx, entre cet organe et la

(1) Notre planche n'en donne qu'une representation incomplète.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. Nº 20. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 MAI 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

M. le Professeur **U. TRÉLAT.**

Anémie hémorrhoïdaire. — Dilatation forcée de l'anus.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique, et revue par le Professeur (1).

Messieurs,

Le 15 février dernier, un homme de 33 ans, exerçant la profession de mécanicien, entrait dans notre salle St-Pierre pour s'y faire traiter d'une affection hémorrhoïdaire, à la suite de laquelle il était tombé dans un état d'anémie réellement grave. Cet homme, que j'ai opéré récemment par la dilatation de l'anus, aura encore besoin de passer quelque temps dans le service pour achever de se rétablir complètement ; mais ceux d'entre vous qui l'ont vu lors de son entrée peuvent constater dès à présent, malgré le peu de jours écoulés depuis cette opération, le benéfice considérable qu'il en a retiré. Je veux profiter de cet exemple que vous avez sous les yeux, pour vous parler aujourd'hui de l'anémie hémorrhoïdaire et du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation de l'anus.

Ce malade qui, en dehors des signes de son anémie actuelle, présentait les apparences d'une bonne constitution, nous a fourni les renseignements suivants sur ses antécédents et sur l'évolution de l'affection pour laquelle il est venu réclamer nos soins. Son père est mort par accident ; sa mère est rhumatisante et hémorrhoïdaire ; il a une sœur qui jouit d'une bonne santé. La seule maladie de quelque gravité qu'il ait faite jusqu'à présent a été une fluxion de poitrine, dont il a été atteint pendant son enfance. Sa santé toutefois était loin d'être parfaite, et il nous a signalé un certain nombre de troubles morbides qu'il importe de noter, parce qu'une sorte de parenté pathologique les relie les uns aux autres et les rattache en même temps à l'existence des hémorrhoïdes. C'est ainsi qu'il nous apprend qu'il a habituellement des digestions un peu difficiles, de la somnolence, un léger ballonnement du ventre et beaucoup de vents après ses repas, autrement dit, de la dyspepsie flatulente ; en outre, il ne peut manger du poisson sans être pris d'une poussée d'urticaire, qui dure deux ou trois heures et s'accompagne de vives démangeaisons. Enfin, il ressent de temps à autre des douleurs dans la jambe gauche sur le trajet du sciatique, et, il y a 4 ans, ces douleurs se sont montrées assez fortes et assez tenaces pour l'obliger à suspendre son travail pendant un mois. Il n'a pas de varices des membres inférieurs. Il ne travaille assis que rarement et par courts intervalles ; sa profession l'oblige plutôt à se donner beaucoup de mouvement. Il n'est pas ordinairement constipé. En somme, fils d'une mère rhumatisante et hémorrhoïdaire, rhumatisant, dyspeptique et hémorrhoïdaire lui-même, ce malade nous offre une série de manifestations bien nettement caractérisées de ce que l'on désigne sous le nom de diathèse arthritique.

Arrivons maintenant à ses hémorrhoïdes et aux accidents qu'elles ont entraînés après elles. Il en fait remonter le début à une dizaine d'années environ. Il a commencé alors à s'apercevoir de l'existence d'hémorrhoïdes externes, qui d'abord ne déterminaient pas de crises douloureuses et ne saignaient qu'au moment de la défécation. A cette époque, il était toujours constipé, n'allant au cabinet que tous les deux ou trois jours ; il en résultait une certaine difficulté dans les évacuations, mais sans douleurs ni ténesme ; tout se bornait à un écoulement sanguin léger et passager. Plus tard, les malaises s'accentuèrent, et il survint de véritables crises douloureuses qui se terminaient après un *flux* sanguin. Elles se manifestaient surtout à la suite d'écarts de régime, sous l'influence desquels la constipation devenait plus forte ; le coït restait sans action aucune sur leur production. Les hémorrhoïdes sortaient un peu de temps en temps lorsque le malade allait à la selle, mais elles rentraient facilement. Une quinzaine de jours avant son entrée à Necker, ces divers phénomènes s'aggravèrent considérablement. Les hémorrhoïdes faisaient maintenant procidence à chaque défécation, et ne pouvaient plus être réduites que difficilement : il lui fallait quelquefois rester jusqu'à dix minutes assis sur le coin d'un tabouret pour parvenir à les faire rentrer. Les pertes de sang étaient devenues si abondantes, qu'il évalue à cinq ou six litres la quantité totale de sang qu'il a perdue dans ces derniers quinze jours. En même temps, les douleurs avaient non seulement augmenté d'intensité, mais elles se prolongeaient pendant quinze à vingt minutes à peu près à la suite de chaque selle. Et le malheureux était souvent obligé de se présenter à la garde-robe deux fois dans une seule nuit ; de plus, pendant la journée, il était tourmenté par de faux besoins, auxquels il s'efforçait de résister par crainte des douleurs consécutives aux efforts évacuateurs. Ces hémorrhagies successives et ces souffrances réitérées ne tardèrent pas à l'affaiblir beaucoup, au point que son état de pâleur avait déjà été remarqué par les personnes de son entourage dix jours avant qu'il se décidât à venir à l'hôpital.

Ce qui nous frappa au premier coup d'œil, lors de son arrivée dans nos salles, ce fut la pâleur cireuse généralisée de ses téguments, la décoloration de ses lèvres et de ses muqueuses, et son état d'émaciation assez prononcé. Il se plaignait d'avoir des étourdissements fréquents et des battements de cœur ; son pouls était ample, mais mou et très dépressible. En examinant l'anus, nous constations à son pourtour la présence de quelques hémorrhoïdes affaissées, manifestement anciennes, baignées par un liquide muco-purulent qui s'échappait de l'orifice anal. Le toucher rectal permettait de reconnaître qu'il existait à la partie supérieure de la filière anale, à une profondeur d'un centimètre et demi environ, une couronne de bosselures hémorrhoïdaires qui saignaient au contact du doigt. Cette exploration était rendue fort douloureuse, et par la résistance énergique du sphincter, et par l'état d'irritation des parties, dont témoignait la leucorrhée anale.

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker le 6 mars 1884.

En face de cet état de choses, le diagnostic était évident, et la nécessité d'une prompte intervention ne pouvait souffrir l'ombre d'une hésitation. Je suivis donc pour le traitement ma pratique habituelle en pareil cas, c'est-à-dire que je fis la dilatation de l'anus. Je vous dirai tout à l'heure pourquoi je l'ai choisie de préférence à toute autre méthode opératoire, et comment je la pratique. L'opération, qui ne présenta aucune particularité digne d'être relevée, procura immédiatement au malade une très notable amélioration. Dans la journée même, il put aller à la selle sans grande douleur et sans perte de sang, et au bout de peu de jours la défécation s'accomplissait dans des conditions tout à fait normales. On nota, le soir de l'opération, une petite élévation de température : 38° ; mais ce fut là un phénomène isolé et passager. Aussitôt délivré de ses douleurs et guéri de ses hémorrhagies, cet homme a commencé à reprendre des forces et à se recolorer, sous l'influence d'une bonne nourriture et d'un traitement reconstituant par le fer, le quinquina et les douches froides quotidiennes ; il a déjà incomparablement meilleure mine, et d'ici à une quinzaine il pourra sortir pour aller reprendre son travail (1).

C'est la troisième fois que des cas analogues se présentent à mon observation dans cet hôpital, et que je vois des anémies hémorrhoïdaires graves guérir ainsi rapidement à la suite de la dilatation de l'anus et d'un traitement consécutif approprié.

Au mois de Juin 1882, on m'envoyait d'un service de médecine un malade qui y était entré pour se faire traiter d'une anémie profonde, survenue consécutivement à des hémorrhagies anales peu abondantes, mais fréquemment répétées. Cet homme, âgé de 44 ans, faisait remonter à 10 ans de date le début de ces hémorrhagies ; elles avaient commencé à se manifester à la suite d'une attaque de fièvre jaune qu'il avait eue à la Havane. Depuis cette époque, il a toujours perdu un peu de sang en allant à la garde-robe, mais c'est seulement depuis quelques mois que ces pertes de sang, devenues plus considérables et plus fréquentes que jamais, ont sérieusement ébranlé sa santé. Quatre mois avant de venir à Necker, en Février 1882, il est entré à Lariboisière dans un service de médecine ; le toucher rectal a été pratiqué, mais on n'a pas, paraît-il, trouvé d'hémorrhoïdes, et l'on s'en est tenu à un traitement médical. Au bout de quelque temps, son état s'était amendé suffisamment pour qu'il pût sortir et reprendre l'exercice de sa profession d'interprète. Il y a 5 semaines, au Havre, les hémorrhagies étant revenues peu à peu, il s'aperçut pour la première fois de l'existence d'un bourrelet hémorrhoïdaire, qui vint faire procidence au moment d'une selle, et qu'il eut beaucoup de peine à faire rentrer. Depuis lors, pareil accident se reproduisit souvent, les hémorrhagies reparurent plus abondantes et à intervalles plus rapprochés, il survint un écoulement muco-purulent presque constant par l'anus, et le malade, graduellement affaibli par les souffrances et les pertes sanguines, en arriva à un état d'anémie très prononcé. C'est dans ces conditions qu'il entra à Necker. Je constatai dans l'orifice anal la présence d'un bourrelet hémorrhoïdaire assez volumineux, qui sortait sous l'influence des efforts de défécation, et qui n'était qu'assez difficilement réductible en raison de la contracture du sphincter. Je fis la dilatation forcée le 13 Juin. Les douleurs et les hémorrhagies cessèrent immédiatement ; puis, sous l'influence d'un traitement tonique et réparateur semblable à celui que je vous ai indiqué pour le malade précédent, les symptômes d'anémie disparurent rapidement, et bientôt cet homme put quitter le service, dans un état des plus satisfaisants au point de vue général aussi bien qu'au point de vue local.

Le troisième fait que j'ai observé est plus saisissant encore, car ici, comme vous allez le voir, l'anémie était parvenue à un degré tel, que la vie même du malade était sérieusement menacée. Il s'agissait d'un homme de 36 ans, fondeur en caractères de typographie. Il avait subi plusieurs atteintes de dysenterie : deux au Sénégal, où il a séjourné de 1858 à 1870, et une à Paris, à la fin de 1870, pendant le siège. On peut, à bon droit, considérer ces attaques réitérées de dysenterie comme ayant exercé une certaine influence sur le développement des hémorrhoïdes. De plus, cet homme était un saturnin, de par sa profession de fondeur en caractères, qu'il exerçait depuis l'âge de dix ans ; l'intoxication plombique s'était manifestée chez lui par la gingivite caractéristique, par des phénomènes convulsifs en 1866, et par des coliques de plomb en 1872, 1873, 1875 et 1876 ; depuis 1876, bien que continuant à exercer la même profession, il est resté exempt de nouveaux accidents de saturnisme. Il y avait 10 ans qu'il avait des hémorrhoïdes, et il y avait 2 ans qu'il perdait du sang en grande abondance en allant à la selle. Lorsqu'il entra à Necker, dans le service de M. Blachez, il présentait un type d'anémie portée à ses dernières limites, et son état, en vérité, était des plus inquiétants. Pâleur extrême des téguments et des muqueuses, amaigrissement, débilitation considérable, pouls faible, fréquent et dépressible, vertiges survenant sous l'influence de la moindre inclinaison du corps, bruit de souffle au premier temps à la base du cœur, tels étaient les symptômes principaux que l'on constatait chez lui, lorsque M. Blachez le fit passer dans mon service. Localement, nous reconnaissions l'existence d'un gros bourrelet hémorrhoïdaire sus-sphinctérien, qui venait, au moment des efforts de défécation, faire procidence à travers l'anus contracturé, et que le malade réduisait lui-même assez facilement au bout d'un instant, simplement en s'asseyant sur un siège résistant. Dans le court espace de temps qui s'écoula entre le jour de son entrée et celui de l'opération, il eut, coup sur coup, deux hémorrhagies anales abondantes, qui le mirent à deux doigts de la mort. Je lui fis la dilatation anale lente sous chloroforme, comme aux malades précédents. Cette opération, qui ne détermine habituellement qu'une très légère perte de sang, donna lieu dans ce cas à une hémorrhagie abondante, alarmante même en raison de l'état de faiblesse du malade, et je dus, pour m'en rendre maître au plus vite, cautériser énergiquement et profondément, à l'aide du thermo-cautère, les points du bourrelet hémorrhoïdaire qui donnaient du sang ; de plus, je crus prudent, par surcroît de précautions, de faire suivre cette cautérisation d'un tamponnement du rectum. Mais le résultat que nous visions fut atteint d'emblée, et les hémorrhagies qui menaçaient l'existence du patient furent de suite et définitivement supprimées. Je fis ensuite alimenter le malade le mieux et le plus possible, en même temps que je le mettais au traitement par le fer, le quinquina et le vin. Puis, aussitôt qu'il me parut susceptible d'être déplacé sans danger, je le fis porter à la douche, je dis « porter », car il n'était pas encore en état de se tenir debout, et c'est assis sur une chaise, et soutenu par un infirmier, qu'il reçut ses premières douches ; vous pouvez juger par là qu'il n'y

(1) Ce malade a quitté l'hôpital le 21 Mars en parfait état.

avait rien d'exagéré dans ce que je vous disais tout à l'heure de la gravité de son état d'anémie lors de son entrée dans notre service. A dater de ce moment, l'amélioration fit de rapides progrès; quant à la défécation, elle avait repris au bout de quelques jours son régime normal, et s'effectuait désormais facilement et sans douleur. Ce fut une véritable résurrection, et cet homme, qui nous était arrivé presque mourant, quittait l'hôpital un mois après l'opération, sinon tout à fait rétabli, du moins très avancé dans sa convalescence, et n'ayant plus besoin que de quelques jours de repos chez lui pour parvenir à la guérison complète de son anémie. Ce fait, Messieurs, a beaucoup augmenté la confiance que j'avais déjà dans l'emploi de la dilatation forcée de l'anus comme méthode de traitement des hémorrhoïdes.

Chez notre malade du n° 33, — le premier dont je vous ai parlé, — il n'y avait pas autre chose à faire que ce que nous avons fait. Les hémorrhoïdes ne sortaient que d'une façon passagère et n'étaient pas irréductibles; par conséquent, il n'y avait pas d'indication de les attaquer par les opérations de Chassaignac ou de Richet, c'est-à-dire d'en faire l'extirpation par l'écraseur linéaire ou la destruction par la pince caustique. Il suffisait de supprimer la contracture sphinctérienne incessamment provoquée par la présence des hémorrhoïdes et chaque jour réveillée plus énergiquement encore par leur procidence, pour mettre fin du même coup au ténesme, aux congestions répétées des paquets hémorrhoïdaires, et aux hémorrhagies qui accompagnaient leurs migrations à travers la filière anale. C'est précisément cette indication que la dilatation remplit : elle ne s'adresse pas directement à la maladie première, constituée par les hémorrhoïdes, elle ne s'adresse qu'à un épiphénomène, qui est la contracture du sphincter ; en un mot, c'est une méthode indirecte. Mais elle n'en est pas moins un mode de traitement excellent, dont je n'ai eu qu'à me louer, pour ma part, dans un grand nombre de cas antérieurs, et les faits récents que je viens de vous rapporter sont bien de nature à vous en faire apprécier toute la valeur.

Dans un seul cas, jusqu'à présent, j'ai vu la dilatation échouer partiellement; il est vrai qu'elle avait été entreprise dans des conditions particulièrement défavorables. Le malade était en pleine crise, avec un bourrelet hémorrhoïdaire procident et déjà enflammé. Je ne voulais pas l'opérer dans ces conditions, mais j'eus la main forcée : il était à la veille de se marier lorsqu'il fut pris de sa crise, la date était fixée, aussi réclamait-il, avec les instances que vous pouvez penser, une intervention qui le soulageât de suite. La dilatation fit immédiatement cesser les douleurs, mais sans abréger en aucune façon la durée de la crise; néanmoins, le malade a tiré un grand bénéfice de l'opération, car, depuis 3 ans maintenant qu'elle a été pratiquée, il n'a plus souffert de ses hémorrhoïdes.

Autrefois la dilatation forcée n'était guère appliquée qu'au traitement de la fissure à l'anus. Maisonneuve a été l'un des premiers à l'employer contre les hémorrhoïdes, et Fontan a publié un bon travail sur ce sujet. Mais c'est à mon éminent collègue et ami le Professeur Verneuil que revient surtout l'honneur de l'avoir introduite dans la pratique courante comme moyen de traitement des hémorrhoïdes. M. Verneuil se sert, pour la pratiquer, d'un spéculum bivalve ordinaire ; j'ai suivi son exemple pendant un certain temps. Mais, si cette manière de faire a l'avantage de ne pas nécessiter une instrumentation spéciale, elle présente, d'un autre côté, deux inconvénients assez sérieux : d'abord l'écartement des valves n'est pas toujours assez grand ; ensuite les spéculums ordinaires n'offrent pas une résistance suffisante pour cette manœuvre, qui exige un certain développement de force, et ils se faussent souvent. Cet accident s'étant produit plusieurs fois entre mes mains, j'ai fait construire par M. Collin un spéculum spécial, plus solide, que voici.

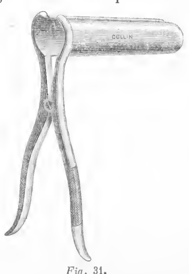


Fig. 31.

Il est tout en acier; ses deux valves, épaisses et résistantes, sont perpendiculaires au plan des branches qui les portent ; rapprochées l'une de l'autre, elles constituent par leur juxtaposition un cylindre à base elliptique dont les dimensions sont un peu supérieures à celles des spéculums ordinaires ; elles présentent la disposition qui a été adoptée en vue de remplacer l'embout des anciens spéculums, c'est-à-dire que leurs becs sont incurvés en dedans, de façon à s'appliquer exactement l'un contre l'autre quand l'instrument est fermé, et à donner ainsi à l'extrémité de celui-ci une forme arrondie favorable à son introduction. Le segment des branches qui s'étend entre les valves et l'articulation est relativement court, tandis que les manches sont longs; on agit par conséquent avec un bras de levier puissant, ce qui permet d'obtenir, sans efforts violents et sans secousses, une forte dilatation. Les dimensions (1) et la configuration des diverses parties de l'instrument sont calculées de telle sorte, que son développement maximum, qui se trouve atteint lorsqu'on a amené les manches au contact, dilate l'anus au point de lui faire admettre sans résistance quatre doigts juxtaposés ; c'est à peu près ce que l'on peut obtenir par la dilatation digitale, en distendant le sphincter jusqu'à ce que les doigts dilatateurs soient arrêtés par la résistance des ischions. D'ailleurs, la puissance de l'instrument laisse au chirurgien toute facilité de graduer son action et de s'arrêter au degré de dilatation qu'il juge suffisant.

M. Nicaise a fait construire un instrument destiné à

(1) Les dimensions de l'instrument sont les suivantes :

Longueur des valves	11	cent. 5.
Largeur des valves	3	— 5.
Longueur totale des manches.	18	—
Longueur des branches jusqu'à l'articulation . . . . , ...	4	—
Longueur des branches dans leur partie libre ou active (manches).	14	—
Circonférence de l'instrument fermé	10	—
Ecartement des valves au maximum de dilatation	8	—
Circonférence de l'instrument ouvert à son plein développement	19	— 5.

remplir le double usage de spéculum ani ordinaire et de dilatateur anal. Cet instrument présente trois branches, dont deux sont constituées par de fortes tiges cylindriques, et la troisième par une valve étroite et solide, dans la concavité de laquelle les deux premières viennent se loger quand il est fermé. Lorsqu'on l'ouvre, ces tiges s'écartent l'une de l'autre, tandis que la valve est entraînée de son côté par le mécanisme bien connu des dilatateurs à trois branches. Par la direction et la longueur des branches, comme par la longueur et la puissance des manches, l'instrument de M. Nicaise a beaucoup d'analogie avec le mien ; mais je lui reproche, pour ce qui concerne la dilatation de l'anus, ses petites branches à faible surface, qui sont plus offensantes pour les tissus que les larges valves de mon spéculum ; quant aux avantages qu'il peut présenter au point de vue de la simple exploration, par le fait de la petitesse de ses branches qui ne masquent qu'une faible étendue de la muqueuse rectale, ils ne me paraissent pas compenser l'inconvénient sérieux que je viens de vous signaler. Mon spéculum me sert tout aussi bien, en tant qu'instrument d'exploration, car il me suffit de le faire tourner pour pouvoir inspecter successivement, et aussi aisément que possible, sur tout le pourtour du conduit, les larges surfaces laissées libres entre ses valves. Enfin, l'instrument de M. Nicaise est d'un mécanisme plus complexe que le mien, et, par suite, son action est moins facilement appréciable à la main de l'opérateur.

Nélaton pratiquait la dilatation de l'anus avec les doigts et sans chloroforme. Les deux pouces ou les deux index, introduits dos à dos dans l'anus, étaient brusquement et énergiquement écartés jusqu'à ce qu'ils fussent arrêtés par les branches ischio-pubiennes. Un certain nombre de chirurgiens ont conservé l'habitude de procéder ainsi, et de surprendre le malade par un brusque coup de dilatation. Mais cette manière d'opérer ne réussit pas ; l'introduction des doigts est déjà fort pénible à supporter, la dilatation qui vient après est horriblement douloureuse, et presque inévitablement le patient se dérobe plus ou moins sous la main du chirurgien. Dans ces conditions, on risque fort de ne faire que déchirer la muqueuse, sans réaliser une assez large dilatation du sphincter. En somme, c'est là une opération mal réglée, souvent incomplète, et, par conséquent, insuffisante. C'est pour cela que les Anglais, qui sont gens pratiques pourtant, repoussent l'emploi de la dilatation de l'anus dans le traitement des hémorrhoïdes ; leurs chirurgiens, parmi lesquels je citerai en particulier Curling et Allingham, pratiquent et vantent, en revanche, la ligature des paquets hémorrhoïdiens. Nous les blâmons sur ce chapitre comme ils nous blâment sur le chapitre de la dilatation ; mais ils réprouvent notre opération de la dilatation uniquement parce qu'ils la font mal, parce qu'ils la font comme nous la faisions autrefois, et qu'ainsi faite elle échoue souvent.

Il faut renoncer absolument à pratiquer la dilatation de l'anus sans anesthésie. Il est nécessaire, indispensable même, d'endormir préalablement le malade, non-seulement pour lui épargner une douleur des plus violentes, mais pour pouvoir opérer posément, et pour n'avoir à lutter que contre la seule contracture sphinctérienne. L'anesthésie devra donc être complète, et poussée jusqu'à la résolution totale. Si l'on essaie de se borner à une anesthésie incomplète, ou bien si l'on veut agir avant d'avoir obtenu la résolution, on s'expose à de sérieux ennuis : tantôt le malade se réveille, s'agite et se défend dès qu'on introduit le spéculum ; tantôt il se produit chez lui des troubles plus ou moins graves du côté de la respiration et de la circulation. Ces troubles s'expliquent par une action réflexe du grand sympathique, ayant pour point de départ l'irritation intense que la dilatation fait subir aux plexus nerveux de l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus ; ils s'observent assez souvent, dans les conditions que je viens de vous indiquer, pour qu'on ne puisse pas les considérer comme de simples coïncidences. Ainsi donc, souvenez-vous qu'en pareil cas une anesthésie incomplète ne suffit pas, qu'elle est même plutôt dangereuse, et qu'en donnant trop timidement le chloroforme, ou en vous pressant trop d'agir avant d'avoir plongé votre malade dans une parfaite résolution, bien loin d'augmenter la sécurité de votre opération, vous vous exposez à la voir troublée par une alerte plus ou moins inquiétante.

Lorsque votre malade est bien et dûment endormi et en résolution, vous le faites placer sur le flanc, la jambe de dessous allongée, la jambe de dessus fléchie, le siège sur le bord du lit qui est de votre côté, la tête vers l'autre bord. Vous introduisez doucement le spéculum préalablement enduit de vaseline, d'huile phéniquée ou de glycérine, et vous commencez la dilatation, d'abord dans le sens transversal. Le rapprochement des branches de l'instrument doit être obtenu par un effort progressif, sans secousses, et avec une assez grande lenteur ; en voulant aller trop vite, vous produiriez des déchirures, une véritable divulsion ; or, ce que vous visez, c'est une simple dilatation avec le minimum de dégâts possible. Il faut parfois jusqu'à 2 et 3 minutes pour arriver à l'ouverture complète du spéculum. Quand vous l'avez obtenue, vous refermez l'instrument sans le retirer, vous le retournez dans un autre sens, et vous recommencez la dilatation dans ce sens, avec les mêmes précautions que la première fois. Cependant, la résistance du sphincter étant déjà en partie détruite, ce second temps de dilatation nécessite un effort sensiblement moindre que le premier, et peut être conduit bien moins lentement. Vous répétez au besoin les mêmes manœuvres une ou deux fois encore, en orientant votre spéculum suivant d'autres diamètres de l'orifice anal, de façon à réaliser l'assouplissement complet de l'anneau sphinctérien. Puis vous fermez l'instrument, vous le retirez, et l'opération est terminée.

Si vous avez procédé avec la sage lenteur que je vous ai recommandée, l'opération ne s'accompagne généralement que d'un écoulement de sang insignifiant, qu'une irrigation d'eau froide ou la simple application d'une compresse fraîche arrête sur le champ. L'hémorrhagie véritable qui s'est produite chez l'un des malades dont je vous ai parlé tout à l'heure est un fait assez exceptionnel. Dans ce cas, cet accident s'expliquait par le volume et la disposition circulaire presque ininterrompue des paquets hémorrhoïdaires ; en effet, il était à peu près impossible, quelques ménagements qu'on y mît, d'arriver à une dilatation complète sans déchirer le bourrelet hémorrhoïdal en quelque point de son pourtour. D'autre part, à ce degré d'anémie, le sang a perdu toute plasticité, et une solution de continuité, même peu importante, fournit souvent un écoulement sanguin plus ou moins abondant, mais surtout plus ou moins rebelle à l'arrêt spontané. Chez les malades ainsi anémiés, toute perte de sang, si minime qu'elle soit, constituant un réel danger, il faut y couper court de suite, et par les moyens radicaux. En pareille occurrence, ce qu'il y a

de mieux à faire, c'est de recourir d'emblée à la cautérisation au fer rouge, ou mieux au thermo-cautère, laquelle constitue un procédé d'hémostase puissant et sûr, en même temps qu'un excellent mode de traitement des hémorrhoïdes. Mais vous ne l'utilisez là qu'accidentellement et accessoirement à ce dernier point de vue, et la répression de l'hémorrhagie est avant tout le but que vous vous proposez d'atteindre en faisant intervenir le thermo cautère; j'aurai sans doute, à quelque jour, l'occasion de vous indiquer dans quelles circonstances la cautérisation ignée me semble devoir être employée comme procédé de choix pour la cure des hémorrhoïdes.

La douleur que le malade éprouve au réveil est d'ordinaire très modérée; le plus souvent elle se borne à une sensation d'endolorissement et de pesanteur, qu'exagèrent les mouvements, les efforts, la toux; elle se dissipe promptement. Les hémorrhagies cessent comme par enchantement aussitôt après l'opération, pour ne plus se reproduire. Les pansements se réduisent à l'application de compresses imbibées d'eau boriquée pendant les 24 ou 48 premières heures; ensuite, les soins ordinaires de propreté suffisent. L'opération ne détermine habituellement aucune réaction générale; chez un de nos trois malades, nous avons noté seulement 38° de température le soir, ce qui est insignifiant, et dès le lendemain tout était rentré dans l'ordre. Pendant les premiers jours, il y a naturellement incontinence des matières fécales; mais peu à peu le sphincter se reconstitue, et bientôt il reprend son fonctionnement normal. Parfois pourtant on a vu persister une parésie sphinctérienne avec tous ses inconvénients; c'est heureusement un fait rare que, pour mon compte, je n'ai observé chez aucun des malades déjà nombreux auxquels j'ai eu à pratiquer la dilatation de l'anus. Les suites de l'opération sont des plus simples: huit jours de repos au lit suffisent, dans l'immense majorité des cas, pour en avoir fini avec l'état local; quant aux accidents, on peut dire qu'il n'en survient jamais.

Par la simplicité de son manuel opératoire aussi bien que par la bénignité de ses suites, la dilatation est infiniment supérieure à la cautérisation ou à l'exérèse, par l'écraseur, des paquets hémorrhoïdaux procidents. Comme la dilatation, la cautérisation au fer rouge et l'écrasement linéaire comportent l'emploi du chloroforme; mais, après ces opérations, la douleur est plus prolongée, les soins locaux plus délicats et plus compliqués, la guérison beaucoup plus lente. La cautérisation à l'acide nitrique fumant est très douloureuse, la ligature élastique ne l'est pas moins. De plus, en s'adressant à un procédé quelconque de cautérisation ou de ligature, on ne peut méconnaître qu'on fait courir au malade des dangers que les pansements antiseptiques actuels ne réussissent pas toujours à écarter. Enfin, si ces opérations détruisent les hémorrhoïdes, elles restent sans action sur la contracture sphinctérienne, et la laissent persister avec tous ses inconvénients. Ce court parallèle est donc, vous le voyez, tout à l'avantage de la dilatation.

J'ai été élevé sous le régime de la dilatation brusque; je l'ai faite longtemps. Depuis 1876, j'y ai renoncé pour adopter la dilatation lente avec le spéculum et sous chloroforme. Je l'ai pratiquée d'abord avec le spéculum ordinaire; puis bientôt, trouvant que cet instrument ne remplissait pas le but d'une manière satisfaisante, j'ai fait construire le spéculum spécial que je vous ai décrit tout à l'heure. Mon manuel opératoire a dès lors été fixé et n'a plus varié. J'insiste une fois encore sur la nécessité d'anesthésier le malade jusqu'à complète résolution, et de procéder à la dilatation graduellement et lentement; ce sont là, à mon avis, deux conditions capitales qui en assurent l'innocuité et le succès. Pratiquée de la sorte, la dilatation donne les meilleurs résultats, elle ne détermine aucun accident immédiat ou consécutif, réserve faite des cas tout à fait exceptionnels de parésie sphinctérienne, et, bien qu'elle ne soit qu'une méthode palliative et un mode de traitement indirect, elle constitue une merveilleuse opération pour faire cesser les symptômes si pénibles et les accidents variés qui déterminent souvent les hémorrhoïdes. Aussi, puis-je dire dès maintenant que la dilatation, pour le plus grand nombre des cas, et la cautérisation ignée, pour un petit nombre, sont les deux seules méthodes que j'emploie aujourd'hui pour la cure chirurgicale des hémorrhoïdes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses dans la section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre.

Le *pavillon d'isolement* de la nouvelle section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre, est situé à l'extrémité nord-ouest de l'emplacement occupé par les *services de jour* (ateliers, gymnase, réfectoires, écoles, bains, etc.) et par les quatre premiers bâtiments de *dortoirs* et le *bâtiment des gâteux invalides*. Il se trouve à la partie inférieure du terrain affecté à cette section, quoique cependant à une altitude encore très élevée et supérieure à la route stratégique qui contourne l'hospice à cet endroit.

Il est complètement isolé des autres constructions, mais cependant à proximité du bâtiment des enfants gâteux invalides et déments épileptiques ainsi que de l'infirmerie qui en est distante d'une vingtaine de mètres. Il est orienté de l'est à l'ouest de même que tous les autres bâtiments de la section.

L'*infirmerie*, le *bâtiment des gâteux invalides*, le *pavillon des contagieux*, auxquels viendra sans doute s'adjoindre prochainement le *pavillon des cellules*, si l'Administration actuelle de l'Assistance publique y met la bonne volonté sur laquelle nous croyons pouvoir compter, constituent, en quelque sorte, l'*hôpital de la section*.

Le mode de construction du pavillon d'isolement est le même que celui de tous les autres bâtiments de la section; le soubassement est en meulière et l'étage destiné aux malades, édifié en fer et briques, est couvert en tuiles à emboitements. Par le fait de la déclivité très grande du sol, la partie nord de l'étage en soubassement a été distribuée de manière à former six chambres avec dépendances pour le logement du personnel, afin de s'opposer aussi complètement que possible à la propagation des maladies contagieuses. La partie centrale de cet étage renferme, du côté de l'entrée, l'escalier d'accès au service. En arrière de l'escalier, largement ouvert sur la cour, se trouvent le *caveau des calorifères* et le *caveau du linge sale*, qui s'ouvre extérieurement du côté de l'ouest. Le côté gauche de ce soubassement n'a que 2 mètres 60 d'élévation sous plafond; il est utilisé mi-partie comme réfectoire, mi-partie comme école et comme préau couvert pour les enfants teigneux.

Le service des malades, qui, par suite de la déclivité du sol, est pour ainsi dire au premier étage, se divise, comme le fait voir la *figure* 32, en deux moitiés absolument distinctes et semblables, séparées par une partie centrale qui comprend la cage de l'escalier, le cabinet de

la surveillante (façade est), l'office avec une baignoire, et, de chaque côté de celle-ci, les cabinets d'aisance et un vidoir (*fig.* 32, *c*). Un grand couloir longitudinal, interrompu au centre par le cabinet de la surveillante, se termine, à chaque extrémité, par une large fenêtre. Sur son côté ouest, existent, à gauche et à droite, deux dortoirs de chacun cinq lits. Sur le côté est, à gauche et à droite de l'escalier, se trouvent trois chambres à un lit, qui n'ont d'ouverture que sur une galerie saillante, couverte en vi-

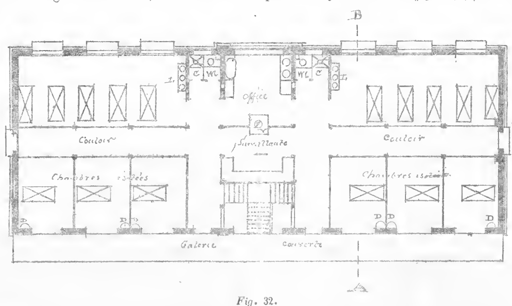


Fig. 32.

trage, et qui règne sur toute la face est du pavillon, de manière à obtenir l'isolement le plus complet (*fig.* 32 et 33). Par une disposition spéciale, le vitrage de cette galerie, tout en offrant un abri suffisant, n'entrave pas l'aération des chambres.

Nous devons faire remarquer qu'en vue de permettre la surveillance la plus parfaite, toutes les cloisons de distribution sont en vitrage, sauf celles qui limitent en deux sens les cabinets d'aisance (*fig.* 32, *w. c.*) de telle sorte

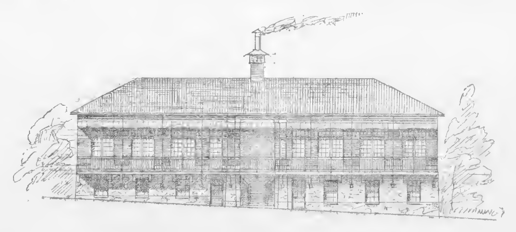


Fig. 33.

que, de son cabinet, la surveillante peut voir ce qui se passe dans toutes les localités dont se compose le service.

Le plafond des dortoirs et des chambres des malades, ainsi que les parois autres que les cloisons vitrées, sont stucées; les angles sont arrondis et le sol est carrelé en grès cérame, pour que les lavages effectués soient aussi efficaces que possible. Dans chaque chambre et dans chaque salle, il y a, sur le sol, une bonde mobile pour l'évacuation des eaux, après les lavages.

Le *chauffage* des salles et des chambres est assuré à l'aide de deux calorifères jumeaux, construits en sous-sol, comme nous l'avons dit plus haut, afin de ne chauffer que la moitié seulement du service, si le nombre des malades n'exige pas davantage.

La *ventilation* se fait par des prises d'air placées en nombre convenable dans chaque pièce, et qui aboutissent à un grand coffre central vertical (*fig.* 32, *v.*) dans lequel passe le tuyau de fumée (*fig.* 32, *f.*) du fourneau d'office. Une couronne de becs de gaz, placée dans ce coffre, permet d'activer le tirage et, par suite, d'augmenter le renouvellement de l'air, dans les chambres et dans les salles. La ventilation se fait encore par les impostes à soufflet des fenêtres.

Les dortoirs à cinq lits sont pourvus d'un lavabo en marbre, composé de trois cuvettes à bascule, en porcelaine, avec robinet, cuvette d'évacuation, syphon, etc. (*fig.* 32, L, L). Chaque chambre isolée renferme une cuvette fixe, en faïence, avec robinet d'alimentation à clef. (Cette précaution était indispensable en raison de la catégorie spéciale des malades de la section). Le système d'évacuation est muni d'un syphon. (*Fig.* 32, D, D.)

L'*office* renferme le fourneau, servant en même temps à chauffer l'eau de la baignoire, qui est mobile, et peut être transportée, le cas échéant, auprès du lit des malades. L'office contient aussi une pierre d'évier, une armoire, etc.

Le *linge sale* est jeté dans un caveau spécial, par deux

ouvertures placées près des cabinets d'aisances et aussi loin que possible de l'habitation des malades. Le sol de ce caveau et la partie inférieure des murs sont revêtus en ciment pour en rendre le lavage facile. Dans ce but, et pour enlever toute excuse à la négligence, il a été établi un robinet d'eau. Ce caveau est ventilé d'une façon permanente, par un conduit s'élevant au-dessus du toit. Un *réservoir* spécial, d'une contenance de 3.000 litres, reçoit les eaux destinées au service et tous les conduits de distribution partent de ce réservoir. Les différentes parties de ce pavillon sont éclairées au *gaz*. — La *figure* 34 représente la coupe du bâtiment suivant la ligne A B du plan.

Le nombre total des lits est de 22. En cas de nécessité, il pourra être porté à 24 (1). Les chambres isolées ont un cube d'air de 57 mètres, les dortoirs de 180 mètres, soit 36 mètres cubes par lit.

Les infirmières prennent leurs repas dans l'office et n'ont aucune communication régulière avec le personnel des autres parties de la section. C'est par ce pavillon que doit se terminer la visite médicale. Inauguré le 24 mars, il a déjà reçu : 10 enfants atteints de la *teigne*, — qui existe

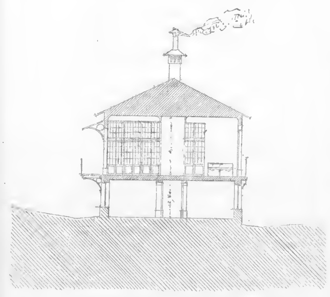


Fig. 34. — Coupe sur la ligne A B du plan (*fig.* 34).

endémiquement à Bicêtre depuis la création de l'hospice, au dix-septième siècle, — à 16 enfants atteints de la *rougeole* et à 2 enfants atteints de varioloïde.

Le *crédit* autorisé se montait à 106.660 fr. Le total des mémoires en demande sera, à peu de chose près, de 90.000 fr. et, après révision, ces mémoires descendront à environ 85.000. En outre, les travaux de *consolidation du sol*, qui correspond à d'anciennes carrières, ont été réglés à 3.195 fr. Les travaux de construction ont nécessité le forage de 4 puits placés sous les points les plus exposés du mur extérieur. Ces puits ont été remplis de béton, et, à leur base dans la carrière, on a fait des enrochements pour soutenir le toit de cette carrière. De plus, et dans le même but, vu la mauvaise nature du sol et les nombreux fontis qui s'y produisaient, on a dû faire huit piliers en maçonnerie et quelques bourrages. Ces travaux extraordinaires expliquent le prix relativement élevé du pavillon d'isolement. Le *plan* de ce pavillon a été conçu d'un commun accord entre M. Sallois, architecte, M. Imard, inspecteur général et nous. BOURNEVILLE.

(1) Six lits dans chaque dortoir, soit 12; 6 lits dans les chambres; 6 lits pour le personnel. Le cube d'air des chambres du personnel est de 33 m.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRES D'OPHTALMOLOGIE (*Suite*) (1)

Séance du 4 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. GILLET DE GRANDMONT.

M. DOR (de Lyon). — J'ai voulu vérifier les expériences de M. Bouchard en me conformant à ses procédés, c'est-à-dire en donnant à des lapins une dose journalière de 1 gramme de naphtaline par kilogramme du poids de l'animal. De mes expériences, il résulte que la première lésion apparente n'est pas la cataracte, mais bien la production sur la rétine de nombreuses taches blanchâtres, composées presque uniquement de globules blancs, mais pouvant renfermer quelquefois des cristaux; puis apparaît la cataracte, d'abord dans les couches péri-nucléaires, puis successivement dans tout le cristallin. Tous mes lapins ont été cataractés, mais les cobayes se sont montrés réfractaires. L'autopsie m'a montré que les amas de globules blancs formant les taches et les nodosités ne se rencontrent pas seulement dans la rétine, mais aussi et surtout dans la choroïde et dans presque tous les organes viscéraux. Comme phénomènes concomitants, j'ai rencontré une exsudation dans les séreuses (péricarde, plèvre, péritoine) et quelquefois des abcès dans le tissu musculaire.

Lorsqu'après avoir produit les taches dans le fond de l'œil, on cesse l'usage de la naphtaline avant l'apparition de la cataracte, celle-ci ne se développe pas et l'on voit une transformation graduelle des taches qui deviennent rouges à la périphérie, puis dans toute leur étendue. L'examen ophtalmoscopique ne révèle alors que de nombreuses hémorragies rétiniennes, dont quelques-unes présentent encore un point blanc central. L'aspect de la rétine rappelle celui que l'on observe dans l'anémie pernicieuse, dans la leucémie et quelques formes de rétinite albuminurique, sauf que les taches sont ici arrondies et non sous forme de flammèches. Quant au développement des nodosités, il est dû, soit à des embolies multiples, soit à de nombreux foyers d'irritation locale qui attireraient le dépôt des leucocytes. Il est donc évident que la naphtaline produit une altération du sang et que la cataracte naphtalinique est due à un défaut de nutrition du cristallin, analogue à celui qu'on observe dans le diabète et la phosphaturie.

J'ajouterai que d'après les lésions graves généralisées que j'ai observées chez mes lapins, les plus grandes réserves doivent être faites relativement à l'emploi de la naphtaline chez l'homme. Maintenant, il se peut que chez mes lapins ces lésions aient été occasionnées non par la naphtaline, mais par certaines conditions de nourriture, de climat, d'habitation, etc., que je ne puis préciser, et que ce qui s'est passé chez mes lapins de Lyon ne se montre pas chez les lapins de Paris, etc. Je me contente de signaler le fait. Enfin, je demanderai à M. Panas si les petits cristaux qu'il a signalés au début du synchisis dans les expérimentations avec la naphtaline ne seraient pas simplement de petits cristaux de naphtaline. Si je lui pose cette question, c'est que j'ai vu qu'il employait cette substance broyée dans un mortier et mélangée à de la glycérine. Par la même occasion, je prierai M. Panas de nous donner son opinion sur les cataractes naphtaliniques et la nutrition de l'œil.

M. PANAS. — Lorsque M. Bouchard communiqua à l'Académie de médecine ses observations sur la cataracte naphtalinique je compris bien vite, comme tous les ophtalmologistes, l'importance considérable qu'elles pouvaient avoir pour nous. Elles permettaient, en effet, d'aborder d'une nouvelle façon le problème qui intéresse le plus l'ophtalmologie contemporaine : celui de la nutrition du globe oculaire. Les lésions constatées par M. Bouchard sur le cristallin de ses lapins étaient-elles d'ordre purement chimique, c'est-à-dire dépendaient-elles exclusivement des transformations que pouvait subir la naphtaline ingérée ? Ou bien, au contraire, étaient-elles précédées d'autres lésions d'ordre dystrophique ? Dans cette dernière hypothèse la question de la nutrition de l'œil pouvait s'éclairer d'un jour nouveau, éclairant à son tour la pathogénie et le traitement des maladies profondes de l'organe.

Ce fut dans cette pensée que je commençai, en avril 1886, et que je poursuivis pendant six mois consécutifs plusieurs séries d'expériences avec le concours de mon chef de laboratoire, M. Vassaux, dont la compétence en histologie oculaire garantit l'exactitude des

(1) Voir *Prog. méd*, n° 19, 1887.

constatations microscopiques que nous avons faites. Comme l'a remarqué M. Dor, j'ai, en effet, commencé par employer un mélange de naphtaline et de glycérine, mais après avoir étudié séparément l'action des deux substances et après avoir bien constaté que la glycérine n'était pour rien dans les résultats observés. — Le mélange se présentait sous forme de pâte, mais comme la naphtaline n'est pas soluble dans la glycérine, elle restait donc à l'état cristallin.

Plus tard, j'eus l'idée d'employer une voie d'introduction autre que celle de M. Bouchard : celle des injections hypodermiques, en faisant dissoudre la naphtaline dans l'éther. Mais, par ce procédé, les résultats sont très incertains ; des lapins sacrifiés après trois mois d'injection n'étaient pas le moins du monde cataractés, tandis que d'autres, au contraire, l'étaient très-rapidement. Bref, je suis revenu aux mélanges de naphtaline et de glycérine.

Les animaux ont été examinés au moins une fois par jour et souvent deux fois à l'ophtalmoscope. Or, voici ce que j'ai observé.

Tout d'abord, et dans tous les cas, on voit se produire du synchisis pur, sans aucune lésion de la rétine. Après le synchisis apparaissent sur la rétine des taches blanches, rondes, à double contour, légèrement saillantes, qui finissent par se confondre et par s'excaver au centre. Alors se produisent des migrations de pigment dans la rétine, constituant une rétinite pigmentaire ; mais, ainsi que vient de nous le dire M. Dor, tant que la rétine n'est pas atteinte, la cataracte ne se montre pas. Bien que le vitreum soit interposé entre le cristallin et la rétine, son invasion par des cristaux naphtaliniques est sans influence sur le cristallin. La cataracte naphtalinique n'est donc pas d'ordre chimique, mais bien liée aux altérations rétiniennes Voici maintenant ce que m'a appris l'examen microscopique pratiqué à toutes les périodes.

Je croyais trouver dans l'œil, soit de la naphtaline pure, soit un de ses dérivés, tel que le sulfo-naphtol, puisqu'elle se sulfo-conjugue dans l'organisme du lapin en agissant chimiquement sur la globuline du sang pour lui enlever une partie de son soufre de constitution. Or, je n'ai jamais rencontré un atome de naphtaline ou de sulfo-naphtol. Les cristaux sont formés exclusivement de sels calcaires, produits probablement par les troubles dystrophiques des tissus. L'examen morphologique et histo-chimique a montré qu'ils étaient formés d'oxalate, de sulfate et de carbonate de chaux revêtant les trois formes classiques d'octaèdres, de rosaces et d'amas globuleux. Les cristaux de ce dernier groupe (carbonate calcaire) rappellent exactement ceux du synchisis chez l'homme et confirment la description de notre collègue, M. Poncet.

Dès le début, on rencontre dans l'œil un double exsudat. L'un, placé entre la rétine et le vitreum ; l'autre, entre les deux feuillets primordiaux de la rétine, autrement dit entre la couche pigmentaire et la couche des cônes et des bâtonnets De là résultent deux décollements : celui du vitreum en avant, celui de la rétine en arrière. La rétine flotte, ballotte entre les deux épanchements liquides. Quant au liquide interposé, il contient les mêmes cristaux et les mêmes amas de leucocytes que le vitreum, et il est également albumineux.

Les plaques rétiniennes dont j'ai parlé dépendent manifestement de l'œdème de la rétine, dont les éléments sont dissociés comme par une sorte d'hydrotomie. Un peu plus tard cette dissociation aboutit à un véritable décollement de la rétine, décollement en fourreau de parapluie. Plus tard encore — et c'est la lésion ultime — ces plaques blanches s'ombiliquent, s'atrophient, et, comme dans les irido-choroïdites, des adhérences s'établissent entre la choroïde et la rétine, dont tous les éléments s'enchevêtrent et se désorganisent ; après quoi apparaît la cataracte.

Or — et c'est chose bien curieuse — au milieu de ce bouleversement de tout ce qui était rétine, tout ce qui était choroïde reste intact. Les procès ciliaires, le tractus uvéal, ne présentent absolument rien d'anormal.

L'observation montrant ainsi que la dystrophie du cristallin est intimement liée à des troubles antérieurs de la rétine, il paraît bien difficile de ne pas en conclure que la nutrition du premier est liée à la nutrition de la seconde.

Au surplus, la rétine paraît jouer un rôle prédominant, beaucoup plus important qu'on ne l'a dit, dans la nutrition de l'œil. En plus de l'humeur aqueuse, la rétine sécrète encore une substance chimique, le rouge rétinien.

Du reste, l'anatomie comparée et l'embryologie viennent à l'appui de l'opinion qui attribue à la rétine et principalement à sa surface épithéliale postérieure, le rôle nutritif prépondérant concédé jusqu'ici à la riche circulation des procès ciliaires, ou, par leur intermédiaire, à celle de la choroïde.

Pour en revenir à la pathogénie de la cataracte naphtalinique, j'ai observé que les parties les plus atteintes étaient l'espace visuel compris entre la rétine et l'hyaloïde — espace que j'ai proposé d'appeler « hyalo-rétinien » — et l'espace ventriculaire intra-rétinien. C'est dans ces espaces que se fait l'épanchement dont j'ai parlé. Lorsque leurs parois limitantes se trouvent altérées, le vitreum et le cristallin souffrent à leur tour dans leur nutrition et la cataracte ne se produit.

La clinique nous montre, du reste, des faits analogues. C'est ainsi que des maladies profondes de l'œil, choroïdo-rétinites ou rétino-choroïdes, rétinites pigmentaires, etc., amènent des cataractes. Aussi, m'appuyant, et sur l'expérimentation, et sur la clinique, crois-je pouvoir conclure ainsi : « On n'a de cataracte que lorsqu'on a des lésions rétiniennes, et ces deux ordres d'altérations suivent une marche parallèle ».

En ce qui concerne les altérations tuberculeuses observées par M Dor chez ses lapins, je n'ai rien trouvé de semblable chez les miens, bien que nous ayons examiné avec soin tous les organes. C'est probablement, comme l'a dit notre collègue, une question de milieu. Je n'ai pas davantage trouvé de l'albumine dans les urines, constatation qu'il était, on le comprend, très important de faire.

M. Poncet. — On me permettra de relever dans la très intéressante communication de M. Panas un fait qui me touche personnellement, à savoir la confirmation par notre collègue des idées que je crois avoir le premier émises en 1874 sur la pathogénie du synchisis chez l'homme et qui n'avaient pas été acceptées sans contestation à cette époque.

M. Dor. — La couche épithéliale, secrétante par excellence, dont a parlé M. Panas, a été considérée jusqu'à ce jour et par tous les auteurs comme appartenant à la choroïde et non à la rétine comme le veut M. Panas. Le tout est de s'entendre. De même l'espace ventriculaire de la rétine, qu'admet notre collègue, n'est pas encore entré, que je sache, dans la science.

M. Maklakoff dit que les recherches de plusieurs de ses compatriotes sur la structure de la rétine ont établi que le stratum pigmentaire choroïdien appartenait, en fait, à la rétine. Tout récemment des expérimentateurs russes ont déterminé des cataractes zonulaires chez des cochons d'Inde en les enfermant dans des caisses au-dessous desquelles on avait disposé des diapasons en vibration constante.

M. Gorecki dit que le microscope polarisant facilite extraordinairement les déterminations cristallographiques et pourrait rendre de grands services pour étudier les cristaux de la cataracte naphtalinique.

M. Panas répond à M. Gorecki qu'il mettra son conseil à profit et à M. Maklakoff que ces cataractes *musicales* ne sont que passagères, tout comme celles que l'on obtient chez les grenouilles par la dessication.

La sclérotomie équatoriale dans le glaucôme. — M. Vacher. — Malgré les immenses services rendus par l'iridectomie et la sclérotomie, il y a des cas où le processus glaucomateux continue sa marche, s'accompagnant de douleurs violentes ne laissant aucun repos au malade. Depuis deux ans, j'en ai rencontré 6 cas. Après avoir employé tous les autres moyens de traitement, j'ai eu recours à l'ophtalmotomie postérieure que je pratique ainsi : l'œil regardant fortement en bas et en dedans, je fais avec un couteau lancéolaire une ponction profonde dans la sclérotique, à 8 ou 10 millimètres en dehors du bord cornéen, entre le droit supérieur et le droit externe, en plein dans le segment postérieur de l'œil. L'incision a 8 millimètres de longueur moyenne laisse écouler une notable quantité d'humeur vitrée.

Toutes les précautions antiseptiques sont prises et l'œil refermé rapidement et recouvert d'un tampon d'ouate antiseptique et d'un léger bandeau compressif. Les suites de l'opération sont très simples. Dans 5 cas le résultat a été très bon : diminution permanente des douleurs, de la dureté du globe et augmentation légère de l'acuité visuelle. Dans le sixième cas, survenu chez un homme atteint de décollement traumatique de la rétine, suivi en peu de jours de glaucôme absolu, l'ophtalmotomie postérieure ne m'a donné aucun résultat durable ; j'ai dû avoir recours à l'arrachement du nasal externe. Deux filets du nasal ont été réséqués et arrachés. Le tonus oculaire se maintint pendant quelques semaines pour céder ensuite d'une manière définitive.

Bien qu'on ne puisse évidemment juger de l'ophtalmotomie postérieure par une aussi petite statistique, je crois qu'elle doit être employée dans certains cas de glaucôme rebelles, à cause de la rapidité de son action et de son innocuité. Je serais heureux que cette courte communication amenât une nouvelle discussion sur le traitement du glaucôme qui tant de fois nous désespère et déjoue toute notre thérapeutique.

Traitement chirurgical du glaucôme par la création d'une fistule conjonctivale. M. Motais (d'Angers). — Lorsqu'une attaque de glaucôme grave survient après une atrophie préa-

lable de l'iris, qui rend l'iridectomie impossible, ou après une ou deux iridectomies antérieures, il ne reste plus comme ressources thérapeutiques, que les paracentèses de la cornée, la sclérotomie et l'énucléation. Malheureusement, l'effet des paracentèses et même des sclérotomies n'est guère durable et si les douleurs intolérables du glaucôme reviennent l'énucléation s'impose.

Dans 13 cas de ce genre, j'ai pu éviter cette dernière opération et conserver l'œil avec rétablissement plus ou moins complet de la vision par le procédé opératoire suivant :

Le globe étant attiré en bas et en dedans avec une pince ou la pique de Pamard appliquée au-dessus de la cornée, j'enfonce dans l'intervalle des tendons des muscles droits supérieur et externe un couteau de Graeffe, à 4 ou 5 millimètres en arrière de l'équateur de l'œil, à travers les membranes oculaires, jusque dans le corps vitré. Je pratique une incision de 6 à 8 millim. d'arrière en avant.

Une certaine quantité d'humeur vitrée s'écoule ; j'enlève la pince ou la pique de Pamard. Le parallèlisme entre la plaie conjonctivale et la plaie scléroticale cesse lorsque la conjonctive n'est plus tiraillée. La plaie devient donc sous-conjonctivale. Dans les cas que j'ai en vue, la tension du globe étant toujours élevée, les bords de la plaie scléroticale demeurent écartés et ne se réunissent pas. Les liquides intra-oculaires communiquent donc librement avec une petite poche qui s'établit sous la conjonctive.

Dans les quinze cas que j'ai opérés (le plus ancien date de trois ans, le plus récent de trois mois) deux fois la fistule ne s'est pas produite et le résultat n'a pas été durable. Treize fois la fistule s'est maintenue, la tension oculaire est restée normale; la douleur et autres accidents glaucomateux ne sont pas revenus.

Ce qui différencie mon procédé des ophtalmotomies postérieures de M Galezowski, des incisions de M. Parinaud tentées dans le décollement de la rétine, c'est donc la formation d'une *fistule sous conjonctivale.*

Discussion sur le glaucôme. — M. GALEZOWSKI. — Je suis complètement opposé à la sclérotomie postérieure pratiquée dans le but de produire une fistule, telle que nous la recommande M. Vacher. Outre que cette fistule ne persiste pas, toutes les grandes incisions donnent de mauvais résultats. On aboutit à l'atrophie de l'œil, avec le danger consécutif de l'ophtalmie sympathique. On ne doit conseiller contre le glaucôme que les petites incisions (je dirais volontiers des ponctions) qui se cicatrisent toutes seules facilement.

M. DE WECKER. — Je ferai observer que bon nombre de glaucômes résistent à tout. On peut faire ce qu'on veut et rien ne sert à rien, y compris la sclérotomie postérieure. Il faut y revenir très vite et on aboutit finalement à quoi? A l'énucléation. Quant à la dénomination de fistule sous-conjonctivale, employée par M. Motais, il serait plus exact de dire « fistule sclérale ».

M. DIANOUX. — Quand on pratique des incisions contre le glaucôme, il faut tendre à maintenir béantes les lèvres de la plaie. Le massage est le meilleur moyen d'y parvenir. Il prolonge les effets de la sclérotomie en donnant une filtration constante du liquide ; mais il faut, bien entendu, le pratiquer méthodiquement et deux fois par jour. Il est aussi très utile après l'iridectomie.

M. VACHER. — J'ai dit qu'après mes sclérotomies la plaie s'oblitérait en formant une cicatrice légèrement bosselée, laissant filtrer une petite quantité d'humeur vitrée. J'ajouterai que depuis six mois je n'ai pas revu mes cinq malades et j'ai de bonnes raisons de penser qu'ils seraient revenus si le soulagement n'avait pas persisté.

M. MOTAIS. — Je ferai observer à M. Vacher que dans ses cinq cas heureux il a constaté une fistule sous-conjonctivale. J'aurais le droit d'en conclure, ce me semble, que dans son opération même, c'est encore la fistule qui a donné le succès. A M. Galezowski, je répondrai que j'ai été plus heureux ou mieux partagé que lui. Je n'ai constaté qu'une fois la phtisie de l'œil, et encore dans des conditions telles — l'œil était perdu d'avance — que le malade peut s'en féliciter, en raison de la disparition totale des douleurs. L'opération que j'ai exposée est une ressource de plus, surtout pour ces cas de glaucômes graves contre lesquels nous ne serons jamais suffisamment armés. Elle m'a donné, en pareille occurence, de bons résultats. J'ajoute que si les interventions chirurgicales sur l'hémisphère postérieur semblent en défaveur aujourd'hui, cela tient peut-être à ce qu'on ne les a pas suffisamment expérimentées. Pour ce qui est de l'observation de M. de Wecker, j'admets volontiers la dénomination de fistule sclérale qu'il propose.

M. PANAS. — Je me range absolument à l'avis de M. de Wecker relativement à l'inefficacité de tout ce que l'on peut essayer dans beaucoup de cas de glaucôme. J'ai fait bien souvent la sclérotomie et sur tous les points. Toujours j'ai échoué. On obtient un soulagement momentané, mais rien de plus.

Asepsie oculaire. — M. GAYET (de Lyon). — Depuis un mois, à ma clinique, j'emploie la méthode des cultures pour étudier bien exactement, au point de vue de l'asepsie oculaire, les produits de sécrétion des culs-de-sac conjonctivaux chez les cataractés. J'ai soumis à cet examen tous les malades qui m'ont passé entre les mains depuis cette époque. Or, sur 102 cas, j'ai eu 79 tubes fertiles, ayant donné lieu à des développements parasitaires très remarquables.

J'avais cependant lavé les yeux deux fois par jour, après avoir soulevé les paupières avec un écarteur. Les lavages ont été faits à l'aide d'une poire de Politzer avec laquelle je poussais d'abord un liquide antiseptique, puis de l'eau tiède stérilisée pour prévenir ou atténuer ce que le lavage antiseptique pouvait, à la rigueur, avoir d'un peu irritant. Or, je suis arrivé à cette constatation encourageante que plus on lave les yeux et plus la proportion des tubes fertiles diminue. C'est ainsi que dans une dernière série de huit ensemencements, je n'ai plus trouvé que deux tubes fertiles, alors que précédemment la proportion était inverse.

J'ai cherché à déterminer les espèces auxquelles appartenaient ces végétations microbiennes. J'ai constaté la présence prédominante du staphilococcus aureus et du staphilococcus albus, tous deux notoirement connus comme agents de suppuration. Le résultat clinique de ces constatations est donc que chez mes opérés les conjonctives, que je croyais aseptiques après les lavages, renfermaient pourtant des germes propres à engendrer la suppuration des plaies. Malgré cela, la plupart des opérations faites sur ces terrains infectés ont donné de très beaux résultats, ce qui prouve que les germes exigent, pour se développer, des conditions que nous ne connaissons pas et qu'il est de notre devoir de rechercher. Contrairement à l'opinion qui paraissait prévaloir l'an dernier à ce Congrès, on ne pourrait plus dire aujourd'hui, à mon avis, que le manuel opératoire est indifférent, ou à peu près, pourvu que la plaie soit aseptique,

Je dirai, en terminant, que parmi les causes qui me paraissent expliquer le mieux l'infection de la plaie par les microbes se trouvent toutes les manœuvres qui ont pour effet de provoquer un courant de l'extérieur vers l'intérieur de l'œil. Et, à ce propos, je ferai observer que, sans nier l'influence pernicieuse des voies lacrymales malades, les liquides conjonctivaux doivent être tout aussi suspects. La surface humide qu'ils baignent ne ressemble-t-elle pas, en effet, à ces plaques de verres glycérinées dont on se sert pour recueillir les germes atmosphériques.

M. DE WECKER. — Je partage entièrement les idées que M. Gayet vient de nous exposer. Il existe, en effet, une grande quantité de matières infectantes autour d'un œil opéré, et cependant l'œil ne s'infecte pas toujours. C'est, sans doute, une question de terrain, et peut-être en est-il de ces semences microbiennes comme de la semence ordinaire, qui, pour germer, a besoin, même dans une terre appropriée, d'y séjourner un certain temps.

Nous ne saurions prendre trop de précautions pour rendre parfaitement aseptiques les instruments dont nous nous servons et pour stériliser tous les germes de l'œil.

M. PONCET. — L'avenir de l'ophtalmologie est peut-être dans cette étude des microbes de l'œil. On en voit dans toutes les sécrétions, mais il y a des variations inexpliquées. Ainsi, dans les conjonctivites granuleuses, un jour on ne trouve rien du tout ; le lendemain on trouve toutes sortes de choses. Pour éliminer les inconnues de cette question, il faudrait étudier attentivement l'évolution des microbes oculaires et faire pour eux ce qu'on a fait pour les microbes de la bouche.

M. GALEZOWSKI. — Tous les liquides qui baignent la surface de la cornée, — y compris le liquide lacrymal — renferment des microbes Aussi faut-il s'entourer de précautions antiseptiques et surveiller avec grand soin ses instruments.

Sur l'étiologie de la kératite interstitielle. — M. TROUSSEAU présente 40 observations inédites de kératite interstitielle. L'étude de ces faits montre que dans 37 cas il existait des signes plus ou moins nets de syphilis héréditaire. Dans 18 cas ces signes sont assez nombreux pour forcer la conviction des ennemis de la doctrine ; dans 10, ils sont très nets pour des syphiligraphes ou des médecins rompus à la recherche de la

diathèse; dans 9 cas ils sont discutables; dans 3 cas l'auteur n'a pu réunir de preuves en faveur d'une origine quelconque de la kératite parenchymateuse.

La statistique a donné encore certains renseignements accessoires. 9 individus du sexe masculin, 31 du sexe féminin. L'âge a varié entre 3 et 25 ans, le maximum de fréquence s'est rencontré entre 7 et 11 ans. Parmi les signes accompagnant l'affection oculaire, les 2 plus fréquents ont été les lésions dentaires (28 fois) et la polyléthalité des enfants ou des fausses couches chez la mère (18 fois). L'auteur a rencontré plus souvent que ses devanciers la syphilis héréditaire, ce qui tient aux progrès faits par l'histoire de cette affection, qu'on reconnaît bien plus facilement aujourd'hui qu'autrefois.

Jamais il n'a été possible d'assigner à la kératite une autre cause; si ce n'est la dénutrition amenée par la syphilis, ce qui revient à dire que la kératite est syphilitique, puisque, comme l'a dit le docteur Fournier, la syphilis ne fait pas que de la syphilis; elle amène dans l'organisme une perturbation générale responsable des accidents.

M. Abadie. — De ce que le traitement spécifique ordinaire ne donne pas de résultats dans les kératites interstitielles, on en conclut trop souvent, et à tort, que la kératite n'est pas syphilitique. Il arrive fréquemment, en effet, que le traitement classique échoue, mais il n'en est généralement pas de même avec les injections mercurielles sous-cutanées, sur lesquelles j'ai appelé l'attention il y a déjà bien longtemqs et qui sont maintenant à l'ordre du jour.

M. de Wecker. — Même après des injections mercurielles suffisamment répétées, il m'est arrivé de voir des kératites interstitielles se porter de l'œil primitivement atteint sur l'autre. A ce propos, j'ai remarqué depuis quelques années que les kératites interstitielles étaient beaucoup plus mauvaises qu'autrefois. On en observe chez des vieillards — ce qui ne se voyait pas jadis. Je ne sais à quoi peut tenir cette malignité plus grande.

M. Poncet. — On aurait tort de n'invoquer que la syphilis dans l'étiologie des kératites interstitielles. La cachexie palustre entre en ligne de compte, comme le savent fort bien les médecins militaires qui ont exercé dans des pays à malaria.

M. Haltenhof. — Le rôle de la syphilis héréditaire dans la production de la kératite parenchymateuse ressort très nettement de mes observations personnelles. Sur 62 cas relatifs à des enfants âgés de 5 à 15 ans, 23 fois la syphilis héréditaire était bien établie; 12 fois elle était extrêmement probable; 15 fois elle était seulement probable; enfin, dans les 12 derniers cas, on ne constatait aucune trace de syphilis. Le signe d'Hutchinson — qui est si précieux pour le diagnostic et dont j'ai reconnu bien souvent la haute portée — manquait complètement dans ces 12 derniers cas.

Les conclusions qui découlent de ma pratique personnelle sont les suivantes: 1° Plus de la moitié des kératites diffuses bilatérales ont pour cause l'hérédité syphilitique; — 2° La kératite interstitielle due à la syphilis acquise paraît plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici (5 cas sur 72); — 3° Cette dernière forme seule a une tendance marquée à respecter un des yeux (4 fois sur 5 cas); — 4° La scrofule et le rachitisme vrai ne jouent, dans la genèse de la kératite interstitielle, qu'un rôle insignifiant; 5° Il existe certains états de dénutrition générale qui, en dehors de toute influence spécifique, peuvent produire dans la jeunesse, et surtout dans l'adolescence, une kératite double offrant les mêmes caractères cliniques que celle due à l'hérédo-syphilis.

M. Javal. — Je partage la manière de voir de M. Poncet sur l'influence de la cachexie palustre dans la production de la kératite parenchymateuse. J'ai constaté ce fait bien souvent dans mon pays. Tout près de Sens se trouve un village appelé Saint-Clément, où règne constamment la fièvre intermittente. Quand je séjourne par hasard à Sens, aux vacances, par exemple, on en profite pour me condamner à l'ophtalmologie forcée. Or, j'ai été frappé de voir que presque toutes les kératites interstitielles m'arrivaient de ce village de Saint-Clément. C'était à un tel point, que lorsqu'une kératite nouvelle se présentait, je disais au porteur: — Vous êtes de Saint-Clément? — Mais oui, M. le Docteur, répondait le paysan, ahuri de voir que j'avais deviné son pays... à l'œil! (*Rires*).

Peut-être se souvient-on qu'au premier Congrès d'ophtalmologie, il y a quatre ans, je présentai les images kératoscopiques d'un malade et émis cette idée que les lésions constatées étaient paludéennes. Personne n'en crut rien; on en rit même beaucoup. Pour tirer le fait au clair, je pris tout bonnement le malade à mon service et je l'ai suivi attentivement. Or, le sulfate de quinine fit parfaitement diminuer sa kératite. Du reste, s'il y avait encore des incrédules parmi mes collègues, ils n'auraient qu'à faire le voyage de Saint-Clément.

M. Landolt. — Je partage l'opinion de MM. Poncet et Javal. Il est certain que la syphilis n'est pas la seule cause des kératites interstitielles. Les bons résultats que donne souvent un traitement général approprié prouvent manifestement l'influence des cachexies diverses.

M. Abadie a remarqué, comme M. de Wecker, la malignité plus grande des kératites interstitielles ces dernières années.

M. Haltenhof. — La kératite d'origine syphilitique, se distingue essentiellement par les particularités suivantes: elle est presque toujours mono-oculaire; même sur l'œil atteint elle tend à se limiter quand on institue un traitement anti-syphilitique convenable; enfin, elle est toujours héréditaire, mais l'hérédité peut sauter une et quelquefois deux générations.

M. de Wecker. — La remarque de M. Poncet sur l'influence de l'impaludisme doit être retenue; mais il ne faut pas oublier que la syphilis est bien fréquente dans la clientèle militaire. Ce qu'a dit M. Javal porte à croire qu'elle est au moins très clémente à Saint-Clément!

M. Poncet insiste sur la fréquence, beaucoup plus grande qu'on ne le croit, des affections oculaires palustres. Il en a vu, pour son compte, des cas nombreux à Philippeville et l'Afrique est, à ce point de vue, une mine d'observations très fertile pour les médecins militaires. L'impaludisme, — qui ne s'accompagne pas forcément de l'élément fièvre, il ne faut pas l'oublier — y produit non seulement des kératites, des hémorrhagies, mais encore des choroïdites profondes, aérolaires, etc. (1). (*A suivre*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 mai 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Janssen, vice-président, annonce la mort de M. Gosselin, Président de l'Académie, membre de la section de médecine et de chirurgie.

« Le chirurgien éminent, l'auteur de si excellents ouvrages d'enseignement, le professeur émérite qui a formé tant d'élèves et que la génération chirurgicale actuelle presque toute entière se plaisait à reconnaître comme son maître, presque comme son père, celui dont vous avez voulu couronner la belle et longue carrière par l'honneur de vous présider, a succombé samedi dernier ayant pu à peine s'asseoir dans ce fauteuil dont il était si fier, si heureux et si reconnaissant envers vous, Messieurs.

. . . .

« Tous ses élèves le chérissaient, tous avaient un respect profond pour le caractère de leur maître. C'est, Messieurs, que tout en se sentant aimés, ses élèves trouvaient en lui une belle âme et de nobles exemples sous tous les rapports. Tout d'abord, exemple d'exactitude scrupuleuse dans l'accomplissement des fonctions. En effet, malgré tant de devoirs divers, à l'Académie, à la Faculté, à la Charité, aux Sociétés savantes ou de bienfaisance qui le réclamaient de toutes parts, M. Gosselin ne commit jamais de négligence, n'eut jamais une inexactitude. Il n'admettait pas qu'on se fît suppléer. A la Charité, quand il jugea que ses forces ne lui permettaient plus de remplir utilement ses fonctions, il se fit donner un successeur. Mais cet exemple de conscience et de virilité n'était pas, comme je viens de le dire, le seul qu'il offrit à ses élèves et au monde médical. Il leur donna aussi celui du désintéressement. Blâmant cette tendance actuelle à l'exagération des honoraires, qui n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'art qui a besoin, pour atteindre complètement son but, non-seulement de science et de talent, mais encore de sympathie et de respect, il donnait lui-même l'exemple. Très modéré avec ses clients fortunés, il accordait ses soins avec une bonté, une facilité admirable aux malheureux.

. . . .

« Qu'il me soit permis, en terminant, d'offrir cette belle carrière en exemple à cette savante jeunesse qu'il aimait. C'est une dernière et suprême leçon d'un maître qui lui en a tant donné durant sa vie et avec tant d'ardeur et d'affection ».

M. Vulpian, secrétaire perpétuel, fait aussi l'éloge de M. Gosselin.

« Homme du devoir avant tout, il avait donné sa démission de la chaire qu'il occupait avec tant d'éclat à la Fa-

(1) Compte rendu officiel adressé par le Congrès aux journaux médicaux.

culté de médecine, lorsqu'il s'était senti trop faible pour en remplir toutes les obligations, et, à la fin de l'année dernière, après une forte crise qui l'avait totalement abattu, il nous adressait sa démission de la vice-présidence; il sentait bien, écrivait-il, qu'il ne pourrait pas nous présider cette année. Nous lui avions répondu, au nom de l'Académie, que nous espérions son retour complet à la santé et qu'il devait considérer sa lettre de démission comme non avenue. Hélas! ce clinicien, dont le pronostic était presque infaillible, quand il s'agissait des autres, ne s'était pas trompé sur la gravité de son état. »

. . . .

La séance se lève en signe de deuil. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 mai 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Hénocque rappelle que dans le *coup de grisou* l'individu meurt par suite des altérations que subit le sang sous l'influence de l'oxyde de carbone. Au cours de ses analyses avec l'hématoscope qu'il a inventé, l'auteur a tracé les caractères suivants, particuliers au sang oxycarboné, ainsi que l'avait déjà montré Cl. Bernard : 1° Les deux bandes de l'hémoglobine sont plus rapprochées l'une de l'autre; 2° la première bande ne se confond plus avec la raie D; 3° les agents réducteurs, et en particulier le sulfure de sodium, ne peuvent plus transformer l'hémoglobine oxycarbonée en hémoglobine réduite.

M. Dastre signale un point particulier de la digestion stomacale, à savoir que la pepsine, qui est rapidement inactive lorsqu'on la porte à une température élevée, digère au contraire parfaitement encore à — 42° c.

M. Roussy, répondant à une objection faite par M. Malassez au travail de M. Hayem, sur la *leucocytose dans les néoplasmes*, dit que la majorité des observations a porté sur des malades dont les tumeurs n'étaient pas ulcérées. Toutefois, à l'inverse de l'opinion émise par M. Malassez, M. Hayem considère que certains néoplasmes ulcérés ne produisent pas la leucocytose qu'on observe très nettement dans d'autres formes néoplasiques où la plaie n'existe pas encore.

M. Regnard établit que la courbe des ferments non figurés est parabolique à l'instar de celle des ferments figurés.

M. Brown-Séquard dit que si l'on enlève les capsules surrénales d'un lapin, l'animal succombe toujours de 3 à 4 heures après l'opération, alors que l'extirpation des reins laisse une survie de 3 à 7 jours. Les reins sont pourtant plus utiles que leurs capsules, mais la mort est survenue dans ce cas par excitation nerveuse et inhibition des fonctions médullaires. L'inhibition joue un très grand rôle : ainsi, une simple piqûre du centre respiratoire amène la cessation des fonctions cérébrales, alors que la respiration existe encore.

M. M. Duval, poursuivant ses recherches sur le placenta du cobaye, a constaté qu'on pouvait facilement, sans injections, distinguer les vaisseaux de la mère de ceux du fœtus. Il a de plus remarqué que les vaisseaux de la mère développés dans le suspenseur n'avaient pas de paroi endothéliale. Cette constatation tend à corroborer l'opinion qui fait du placenta, dans certaines espèces animales, une sorte d'hémorrhagie produite dans la cavité utérine et dans laquelle plongeraient les carnifications du fœtus à l'instar des racines qui s'enfoncent dans la terre. De récents travaux permettraient d'adopter une semblable opinion pour le placenta humain. Le passage du sang de la mère au fœtus est peu probable; mais il n'en est pas de même du fœtus à la mère, ce qui concorde encore avec l'hypothèse qui fait du placenta une simple hémorrhagie.

M. Quinquaud remet une note de MM. Chouppe et Binet sur l'action vomitive de la lobéline.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Pasteur, complètement rétabli, assiste à la séance; il pense que la discussion sur la rage peut être reprise, dès que l'Académie le jugera à propos.

M. Pasteur remercie l'Académie et lui affirme que rien ne l'a plus touché, durant son absence, que la décision prise par l'Académie, dans sa séance du 22 février, de suspendre toute discussion sur la rage jusqu'à son retour.

Election de deux correspondants nationaux. Votants : 53. Majorité 34. Au premier tour de scrutin, M. Zambaco (de Constantinople) est élu par 34 voix, contre M. Riembault (de Saint-Etienne) 6; M. Bonnet-d'Ossian (de Rio-Janeiro) 6; M. Marquez (d'Hyères) 4; M. Mauricet, 2; M. Gibert (du Havre) 2.

Election d'un deuxième membre correspondant. Votants : 66. Majorité 34. Au premier tour de scrutin obtiennent : MM. Marquez 25 voix; Mauricet 19; Ossian-Bonnet 15; Gibert 5; Riembault 2. Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants : 64. Majorité 33. M. Marquez (d'Hyères) est élu par 35 voix, contre MM. Mauricet 19; Ossian-Bonnet 9; M. Gibert 1.

M. le Président déclare une *vacance* de membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement du regretté M. Gallard.

M. Haltenhoff (de Genève) fait une communication sur le *vertige paralysant* (maladie de Gerlier). M. Gerlier (de Ferney) a décrit une nouvelle névrose qu'il a observée chez des ouvriers de campagne et des bergers pendant l'été de 1885 et 1886. M. David (de Versoix) a observé des cas semblables en 1884. M. Haltenhoff a constaté des faits identiques dès 1874. Les principaux symptômes consistent en accès de paralysie de la nuque et des membres avec sentiment de vertige, douleurs irradiées de la nuque et chute des paupières. Durant l'accès, incapacité d'ouvrir les yeux, de relever la tête, de tenir un objet, de se pencher en avant, de marcher, de rester debout. Le sensorium reste toujours intact. Dans l'intervalle des crises, il y a de la lassitude, des lourdeurs de tête... Le repos et le changement de résidence amènent une prompte guérison. L'étiologie reste des plus obscures. M. Gerlier incrimine la présence d'un miasme dans les étables chaudes, mal aérées et habitées pendant toute l'année.

M. Alph. Guérin fait une communication sur l'*adéno-phlegmon juxta-pubien*. Depuis plus de dix ans, M. A. Guérin professe que la symptomatologie des phlegmons du ligament large se confond avec la symptomatologie de l'adéno-phlegmon juxta-pubien. Bien plus, s'appuyant sur des notions anatomiques, M. A. Guérin pense que le phlegmon du ligament large n'existe pas. L'adéno-phlegmon juxta-pubien, résultant d'une lymphangite qui prend naissance dans le réseau lymphantique du col de l'utérus et qui s'étend jusqu'aux ganglions voisins du trou sous-pubien, c'est dans cette direction que l'on trouve la tumeur.

M. Trélat demande que la discussion relative à la communication de M. A. Guérin soit renvoyée à la prochaine séance.

M. le Président, qui avait appuyé la motion de M. Trélat, fait observer à M. A. Guérin que les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus ne se rendent jamais aux ganglions du trou sous-pubien.

M. A. Guérin fait observer à M. Sappey qu'il existe à l'amphithéâtre de Clamart une pièce de M. Le Bec montrant que les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus peuvent se rendre aux ganglions du trou sous-pubien.

Commissions des prix pour 1887 : *Prix de l'Académie*. MM. Larrey, Legouest, L. Le Fort. *Prix d'Argenteuil* : MM. Ricord, Guyon et Duplay. *Prix Barbier* : MM. Marjolin, Le Roy de Méricourt et Nocard. *Prix Buignet* : MM. Giraud-Teulon, Gariel et Schützenberger. *Prix Capuron* : MM. Hervieux, Guéniot et Charpentier. *Prix Civrieux* : MM. Villemin, Peter et Fournier. *Prix Daudet* :

MM. Bucquoy, Potain et Siredey. *Prix Desportes* : MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Germain Sée. *Prix Godard* : MM. Trélat, Panas et Polaillon. *Prix Laval* : MM Luys, Ball et Bouchard. *Prix Lefèvre* : MM. Empis, Blanche, Mesnet. *Prix Monbinne* : MM. A. Moutard-Martin, Laboulbène, Lancereaux. *Prix Potal*: MM. Bourdon, Charcot, Cornil. *Prix Vernois* : MM. Rochard, Besnier, Vallin.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Colin (d'Alfort) sur les titres des candidats à une place de membre correspondant. La Commission classe les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Roll (de Vienne) ; en deuxième ligne, M. Lemoigne (de Milan) ; en troisième ligne, M. Fleming (de Londres). A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. le Dentu, à propos du procès-verbal et de la communication faite à l'avant-dernière séance par M. Verneuil, cite un cas d'obstruction intestinale qu'il a opéré. Il profite de l'occasion pour traiter la question de la *cœcotomie*.

M. Trélat fait une longue communication sur la façon dont on doit traiter les obstructions intestinales et se résume ainsi : Il serait très désirable qu'on parvienne à se convaincre de ce fait, à savoir qu'on peut faire souvent, étant donné un cas d'obstruction intestinale, le diagnostic de l'indication opératoire. Il est, en effet, assez facile de savoir si l'on doit faire la laparotomie et aller à la recherche de la cause de l'obstruction pour la détruire, ou seulement faire un anus contre nature. En effet, il y a des cas qui ne réclament que l'anus contre nature, le cancer de l'intestin, par exemple, et, dans ce cas, il faut faire un anus iliaque. D'autres fois, au contraire, il s'agit de volvulus, étranglement par brides ou par nœuds diverticulaires, par ileus. Parfois même une péritonite suppurée simule absolument un étranglement. Il est évident qu'alors on doit faire la laparotomie. Mais il ne faut pas s'illusionner : il y a des cas où il est impossible de savoir si on doit faire un anus artificiel ou une laparotomie exploratrice. Pour ces cas, absolument douteux, M. Trélat, propose de suivre l'exemple de certains chirurgiens allemands, c'est-à-dire de faire une laparotomie et un anus artificiel ensuite, si on ne trouve pas la cause de l'obstruction.

M. Reclus pense que si le diagnostic de la cause de l'étranglement est fait, le chirurgien sait parfaitement ce qu'il a à faire. Donc toute la difficulté réside dans une question de diagnostic. Le diagnostic est souvent impossible, mais il faut se souvenir qu'il peut être facilité par l'emploi de quelques procédés d'exploration peu en honneur chez nous ; par exemple, l'examen du rectum par la méthode de Simon. Il cite un cas où il s'est servi de ce mode d'exploration du rectum et où il a pu faire le diagnostic de la cause de l'obstruction, laquelle était due à un cancer de l'extrêmité supérieure de cette partie du tube digestif. Il y a, suivant lui, une petite difficulté qu'il faut connaître pour bien employer le procédé de Simon. Il faut avoir soin de déplisser, avec l'index, la muqueuse intestinale qui vient souvent coiffer le bout du doigt. M. Reclus insiste, en outre, sur une cause d'occlusion intestinale un peu laissée dans l'oubli, lors de la discussion précédente et dans les communications de MM. Verneuil et Trélat, c'est la paralysie intestinale, très bien étudiée dernièrement par Thibierge.

M. Ehrmann (de Mulhouse) lit un long travail sur la *suture secondaire du nerf radial et la restauration fonctionnelle de ce nerf*. Il conclut en disant que les sutures nerveuses sont des plus utiles, et qu'on a vu une guérison même 14 ans après la section d'un nerf par la suture de ce nerf. Les causes qui empêchent la restauration de se faire dans le domaine du nerf suturé sont encore obscures. L'une d'elles, la compression du tractus nerveux par un exsudat inodulaire, peut être traitée : il suffit d'exciser le tissu pathologique. Mais lors des sutures nerveuses, il faudra avoir soin d'éviter la suppuration de la plaie pour éviter la production de cette exsudat. Si après une suture nerveuse datant de 4 mois la restauration n'est pas faite, on ne doit pas hésiter : il faut inciser la cicatrice pour s'assurer de l'état du nerf.

M. Panas lit une notice nécrologique sur Daviel, l'illustre ophthalmologiste français et offre à la Société un médaillon qui le représente.

M. Polaillon montre la malade à qui il a pratiqué une suture secondaire du nerf radial, la suture immédiate ayant échoué lorsqu'il la fit à la suite d'une section des nerfs cubital et radial. La sensibilité est revenue presque immédiatement (5 h.) après la suture.

M. Baillet lit un travail sur l'emploi du *chlorure de méthyle* comme *anesthésique pour les cas où il faut faire une cautérisation ignée profonde*.

M. Reynier montre un malade auquel il a fait une *ostéotomie de l'extrémité inférieure du péroné*.

Election d'un membre titulaire : Avaient été proposés comme candidats par le Comité : en première ligne M. Quenu ; en 2e ligne, M. Nélaton ; en 3e ligne, MM. Prengrueber, Reynier, Routier. M. Quenu a obtenu au premier tour de scrutin et sur 31 votants (majorité absolue 16), 25 voix contre 4 données à M. Nélaton, 1 à M. Routier et 1 bulletin nul. En conséquence M. Quenu a été nommé membre de la Société de chirurgie. — *Election de M. Ollier comme membre honoraire de la Société*. 23 votants, 21 oui, 1 non, 1 bulletin blanc. M. Ollier a été déclaré membre honoraire. Marcel Baudouin.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

V. Le elevate temperature nel corso della gravidanza ; par P. Negri (*Annali di ostetricia*, juin, juillet 1886, p. 304).

VI. Malaria e atti funzionali della generazione della donna influenza reciproca ; par Chiarleoni (*Ann. Univers. di medicina*, vol. 275, avril 1886)

VII. Della sinfisiotomia statistica e considerazioni ; par Morisani (*Ann. di ostetr.*, août, septembre, octobre 1886, p. 345).

VIII. Beitrage zur Porro-operation ; par Kleinwæchter (*Zeitschr. für Geb. und. Gyn.*, 1886, Bd. XII, H. II, s. 238).

V. Reprenant, après Kaminski, Runge, Doré et Doléris, la question de l'influence des hautes températures sur la grossesse, Negri a fait une série d'expériences sur des femelles de cochons d'Inde et de lapins, et il en a obtenu les résultats suivants : les hautes températures peuvent, à elles seules, en dehors de tout élément infectieux, être une cause d'interruption de la grossesse. Des températures de 41°,5 à 43° peuvent être supportées sans inconvénients par des femelles pleines, à la condition que l'exposition des animaux à ces températures soit de courte durée. Une température de 41°,5 et au delà n'amène pas la mort du fœtus lorsqu'elle ne dure pas longtemps. Enfin, même lorsque ces hautes températures déterminent un accouchement prématuré, elles n'entraînent pas fatalement la mort du produit de conception.

VI. Ayant eu l'occasion d'observer à Vercelli, depuis l'année 1882, un grand nombre de femmes atteintes de malaria, Chiarleoni a réuni ses observations dans un intéressant travail, où il s'est proposé d'étudier l'influence qu'exerce l'infection paludéenne sur les différents actes fonctionnels de la femme, menstruation, grossesse, accouchement, suites de couches, allaitement. Il résume ainsi les différents points de cette étude.

Menstruation. — L'époque de la première apparition des règles est-elle ou non retardée par des accès de malaria antérieurs, c'est ce qu'il est impossible de dire ; mais lorsque la fièvre intermittente dure déjà depuis un certain temps, et qu'un accès éclate pendant les règles, celles-ci deviennent ou plus abondantes ou plus courtes, ou enfin elles se suspendent jusqu'à la fin de la maladie. Pendant l'aménorrhée, l'ovulation semble arrêtée ou altérée.

Fécondation. — La fécondité moyenne est, chez la femme atteinte de malaria, la même que chez une femme bien portante ; la conception peut avoir lieu dans le cours de la fièvre.

Grossesse. — La femme enceinte peut, si elle est exposée

à l'infection paludéenne, contracter la maladie comme tout autre sujet. Lorsqu'elle est en état d'impaludisme chronique, elle court grand risque d'avoir des accidents aigus ou de devenir cachectique, ou d'être affectée de pseudo-anémie pernicieuse. La grossesse ne modifie pas les accès aigus. Dans l'impaludisme chronique redevenu aigu, la fièvre est subcontinue avec des exacerbations quotidiennes. Les formes larvées sont exceptionnelles chez la femme enceinte. Quelle que soit la forme de l'infection palustre, le cours naturel de la grossesse est souvent modifié ; il l'est plus fréquemment dans la forme chronique. La quinine reste le remède souverain, et, bien loin de nuire au fœtus, elle le place dans des conditions plus favorables à son développement régulier.

Influence sur le fœtus. — L'accouchement prématuré est fréquent, surtout dans la forme chronique. Le germe morbide de la malaria traverse le filtre placentaire, atteint le fœtus et le tue souvent. Les fœtus nés à terme de mères qui ont souffert pendant la grossesse d'accès aigus, mais qui ont été traitées par la quinine, présentent d'ordinaire les conditions d'un développement normal et d'une bonne santé. Les fœtus nés à terme de mères atteintes d'infection chronique ont un poids inférieur d'environ 268 grammes à celui des enfants nés de mères saines. Il est fréquent de rencontrer dans le placenta des noyaux de dégénérescence graisseuse.

Accouchement. — Les douleurs de l'accouchement ne provoquent pas le retour des accès et ne ramènent pas l'impaludisme chronique à l'état aigu. La durée du travail n'est aucunement modifiée par la malaria. Etant donnée la fréquence de l'accouchement prématuré, on pourrait songer à une action du poison paludéen sur la contractilité utérine ; mais les causes de l'accouchement sont alors si complexes qu'on ne peut qu'émettre une hypothèse à ce sujet.

Suites de couches. — Les faits ne sont pas assez nombreux pour affirmer si l'état puerpéral constitue une prédisposition à la fièvre intermittente. L'état puerpéral ne rappelle pas l'infection paludéenne lorsqu'elle était antérieure à la grossesse ; il ne la rappelle pas non plus lorsque survenue pendant la grossesse, cette infection a été l'objet d'un traitement sérieux. Quand, dans le cours de la gestation, l'impaludisme a pris la forme de cachexie ou de pseudo-anémie pernicieuse, les suites de couches restent d'ordinaire fébriles.

Allaitement. — On ne saurait dire si les fatigues de l'allaitement prédisposent à l'impaludisme, ni si les nourrices peuvent transmettre l'infection aux enfants par leur lait. L'établissement de la sécrétion lactée ne paraît pas provoquer le retour de la malaria.

VII. Reprenant à nouveau la question de la symphyséotomie, Morisani établit à l'égard de cette opération les statistiques suivantes : 1° la statistique ancienne, de 1777, année de l'opération de Sigault, jusqu'à 1866 ; elle comprend 80 cas, sur lesquels il y eut 52 guérisons et 28 morts ; dans 45 cas, l'enfant était mort ; 2° la statistique récente, de 1866 à 1880, qui compte 50 cas avec 40 guérisons et 41 enfants vivants. Si la seconde série est beaucoup plus favorable que la première, il faut, d'après l'auteur, en attribuer la cause à une connaissance plus parfaite et à une observance plus exacte des indications de la symphyséotomie. Malheureusement une troisième série d'opérations pratiquées depuis 1880 jusqu'à 1886 semble venir démentir les beaux succès qu'avaient obtenus les accoucheurs italiens depuis 1866. En effet, dans ces six dernières années, il y a eu 18 opérations et 10 guérisons seulement ; de plus, 13 enfants ont succombé. Morisani s'efforce de démontrer que ces résultats défavorables sont dus à ce que trop souvent les opérateurs ont oublié les indications formelles de la symphyséotomie. Il rappelle que les limites de l'indication de cette opération sont entre 67 et 81 millimètres ; qu'elle ne doit jamais être faite après qu'une autre opération (forceps, version) a été infructueusement tentée ; qu'elle doit être pratiquée au début de l'accouchement et jamais après quarante-huit heures de travail ; enfin qu'elle est absolument contre-indiquée quand le fœtus est mort ou quand il y a travail prématuré. Or, sur les 18 cas de la dernière série, il relève 6 opérations qu'il qualifie d'*injustifiables*, en ce que les opérateurs n'ont pas tenu compte des considérations qui précèdent : dans trois de ces opérations, en particulier, les enfants étaient morts avant l'intervention, et, dans deux autres, le travail s'était déclaré prématurément.

En résumé, 1° lorsqu'on examine attentivement la statistique ancienne de la symphyséotomie (1777-1866), on constate que la mortalité des femmes et des enfants doit être attribuée dans la majorité des cas, à des causes étrangères à l'opération ; 2° dans la troisième statistique (1881-1886), le chiffre de la mortalité diminue considérablement, si on élimine les cas où l'opération a été pratiquée en dehors des indications et des règles qu'elle comporte ; 3° dans la deuxième statistique (1866-1880) qui ne comprend que des cas où les indications furent rigoureusement observées, la mortalité est très abaissée. De ces considérations, il résulte pour Morisani que la symphyséotomie est une opération qui doit rester dans la pratique et qui, entre des mains habiles, devra donner d'excellents résultats.

VIII. Sans vouloir entrer dans une discussion approfondie sur la comparaison entre l'opération césarienne ordinaire et l'opération de Porro, Kleinwächter constate que cette dernière a perdu depuis quelques années beaucoup de terrain. Cette défaveur de l'opération de Porro s'explique surtout parce qu'on englobe dans la statistique de cette opération tous les cas sans distinction, ceux où l'intervention est simple, comme ceux où elle est pratiquée en dehors de toute indication ou bien au milieu des complications les plus graves.

Quoi qu'il en soit, l'amputation utéro-ovarique conserve ses indications spéciales, au nombre desquelles Kleinwächter range tout particulièrement l'ostéomalacie, quand elle affecte une forme grave. La stérilisation paraît, en effet, un des meilleurs moyens curatifs de l'ostéomalacie, ainsi que l'ont déjà remarqué Fochier, Lévy, Sænger et Fehling.

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles il fit l'opération de Porro avec succès chez les femmes ostéomalaciques. Dans la première, il n'opéra que vingt six heures après le début du travail ; mais cette circonstance n'eut rien de défavorable, parce que la poche des eaux était intacte et que l'enfant n'eut pas à souffrir. Il ne put employer la modification de Müller, parce que la distension considérable de l'intestin par des gaz lui fit craindre son issue au dehors. L'enfant, mal soigné, mourut au bout de quatorze jours. La seconde observation présente ceci d'intéressant que l'opération eut lieu soixante-dix heures après la rupture des membranes, et que la femme n'était arrivée qu'à la fin du huitième mois de sa grossesse ; l'enfant était mort et avait subi un commencement de macération. Le bassin de la mère était tellement étroit qu'il n'y avait pas lieu à songer à la délivrer autrement que par la section césarienne.

Chez la première opérée, Kleinwächter a pu noter l'heureuse influence de la suppression de l'utérus sur la marche de l'ostéomalacie : quatre mois après l'opération, cette femme était dans un excellent état de santé.

CH. MAYGRIER.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber Veränderungen d. Nerven u. d. Rückenmarkes nach Amputationen, par FRIEDLŒNDER et KRAUSE (*Forstchr. d. Medicin.* Vol. IV, n° 23.)

Lorsque l'on sectionne un nerf, le bout périphérique dégénère rapidement, le cylindraxe et la myéline disparaissent pour laisser place à un tissu cicatriciel. Ce fait connu sous le nom de dégénération de Waller est dû à ce que les fibres nerveuses sont séparées des centres trophiques, cornes antérieures de la moelle pour les fibres motrices et ganglions spinaux pour les fibres sensitives. D'après Friedlœnder et

Krause, après les amputations des membres, le *bout central du nerf* présente lui aussi une altération particulière, une *atrophie* qui s'étend jusqu'à la moelle, dans toute la hauteur du nerf et non pas au voisinage de la section, comme Déjérine et Mayor l'ont admis. Sur une coupe, le nerf atrophié présente un aspect tacheté du à des parties transparentes et à des parties opaques (fibres à myéline). Dans le nerf ischiatique, par exemple, les parties transparentes occupent plus de la moitié du nerf, elles sont formées par les fibres nerveuses atrophiées dont la myéline a disparu. On retrouve encore les vestiges du cylindraxe. Dans les huit cas que les auteurs ont étudiés, il a été impossible de trouver la néoformation des fibres nerveuses dont parle Hayem. L'atrophie des nerfs mixtes est très nette au bout de 3 mois et par la méthode de Weigert on ne peut plus colorer la myéline en noir.

Les fibres nerveuses atrophiées sont des *fibres sensitives*; les auteurs ont pu les suivre dans toute la hauteur du nerf et dans la racine postérieure au dessous du ganglion spinal, la racine antérieure motrice était intacte. Dans le ganglion spinal les faisceaux sensitifs nerveux étaient également altérés; au dessus du ganglion, la racine post-sensitive ne présente plus d'altération (à cause de l'influence du ganglion), mais une diminution du nombre des fibres sensitives. Le cordon postérieur de la *moelle* est aminci du côté du membre amputé, on n'y observe pas d'altération et si les noyaux semblent plus nombreux c'est par suite de la diminution d'épaisseur de ce cordon. Après l'amputation du membre inférieur, l'atrophie du cordon postérieur se montre à la partie inférieure du renflement lombaire; surtout marquée au niveau de la 8e paire dorsale, elle se laisse suivre jusque dans la moelle cervicale. La corne postérieure est atrophiée ainsi que deux groupes cellulaires de la substance grise. Au milieu du renflement lombaire, au niveau de l'origine des nerfs sacrés, on distingue dans la corne antérieure, 4 groupes de cellules nerveuses qui sont les noyaux antéro-interne, antéro-externe, central et enfin le *noyau postéro-latéral*. Ce dernier noyau est considérablement atrophié, du côté du membre amputé il est 2 à 3 fois moins développé que du côté opposé et on y compte beaucoup moins de cellules ganglionnaires. Ce noyau latéral de la corne antérieure doit être considéré comme sensitif. *La colonne de Clarke* du même côté est également atrophiée, depuis la 12e paire dorsale jusqu'à la hauteur de la 6e. Ce fait corrobore l'opinion que la colonne de Clarke est en relation avec le cordon postérieur et les recherches de Lissauer ont montré que dans le tabes, les fines fibres à myéline des colonnes de Clarke disparaissent. Les auteurs n'ont pas trouvé d'altérations des fibres nerveuses de la moelle. Cette lésion des fibres sensitives avec atrophie de la myéline et vestiges de la structure des fibres ne ressemble donc pas à la dégénération si rapide de Waller. Comme on voit au milieu des fibres sensitives atrophiées d'autres fibres sensitives saines, les auteurs émettent l'hypothèse que seules certaines fibres sensitives dégénèrent et probablement celles qui se rendent aux appareils nerveux terminaux comme les corpuscules du tact; en effet, dans les amputations sus-malléolaires les lésions des nerfs seraient aussi étendues que dans les amputations de cuisse. Les auteurs s'appuient aussi sur l'analogie de ces lésions avec la dégénération du nerf optique. J. DAGONET.

Tuberculose des animaux et phtisie humaine; par G. BUTEL, vétérinaire. — Asselin et Houzeau, Paris. 1887.

M. Butel, apres avoir étudié la tuberculose dans la série zoologique, examine les différentes façons dont l'homme prend la tuberculose des animaux, conclut en indiquant les mesures rigoureuses qu'il faut prendre pour préserver les populations de cette affection ; il insiste tout spécialement sur ce qui se rapporte aux animaux de boucherie. Il demande qu'on *l'inscrive dans la loi*, car c'est là une maladie contagieuse qui doit ressortir de la police sanitaire, qu'on *abatte impitoyablement* tout animal atteint de phtisie, qu'on surveille les laiteries, qu'on saisisse la viande des animaux tuberculeux, mais qu'on accorde une certaine indemnité aux propriétaires des animaux abattus. Un service permanent d'inspection des viandes de boucherie doit être organisé à la campagne comme à la ville. M. B.

VARIA

Monument à Daviel.

Nous croyons devoir rappeler que nous avons été les premiers à émettre l'idée de la souscription dont il s'agit dans les lignes suivantes : (Voir *Progrès médical*, n° 6, 6 février 1886, p. 167).

Un comité composé du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du président de l'Académie de médecine, du président de la Société de chirurgie, des professeurs d'ophthalmologie des Facultés de médecine de France et de plusieurs membres de la Société libre de l'Eure, vient de se constituer sous la présidence de M. le professeur Panas, *pour élever un monument à la mémoire de Daviel*, un des plus grands chirurgiens du XVIIIe siècle. Daviel fut le premier qui osa ouvrir l'œil pour en enlever le cristallin devenu opaque et créa cette remarquable opération d'extraction de la cataracte qui, tous les ans, rend la vue à des milliers d'aveugles. Jacques Daviel, né en 1696, à la Barre (Eure), mourut à Genève en 1762, mais on ignora longtemps le lieu de sa sépulture ; des recherches récentes apprirent qu'il était enterré dans le cimetière du Grand-Sacconnex et, il y a deux ans, les chirurgiens suisses, sous l'impulsion de M. le Dr Halten Hoff, de Genève, y élevèrent un élégant monument à la mémoire de notre illustre compatriote, véritable bienfaiteur de l'humanité. Les chirurgiens français ont voulu suivre l'exemple donné par leurs savants confrères de Suisse, et, d'ici à peu, on verra s'élever, dans le département de l'Eure, la statue de Daviel ; mais le Comité espère que toutes les personnes qui s'intéressent à la science ophthalmologique, ou qui connaissent l'importance de la merveilleuse découverte de Daviel, voudront bien contribuer à cette œuvre de reconnaissance nationale. Les souscriptions sont reçues, 23, rue d'Aumale, chez M. le Dr A BRUN qui a bien voulu accepter d'être le Trésorier de la souscription.

Crémation.

Une pétition signée de noms influents a été présentée au Conseil de la ville de Leicester, demandant pour la Société pour la crémation des morts, la permission de prendre les dispositions nécessaires. Une commission a été instituée pour examiner la question et présenter un rapport au Conseil. Il est reconnu qu'une majorité importante est en faveur de la proposition ; mais il reste à savoir si cette permission ne dépasse pas les limites du pouvoir du Conseil.

Au commencement du mois de janvier deux crémations ont eu lieu, dans le Crématoire érigé par la « *Crémation Society of England* », à St-Jone's Woking. L'un des défunts était un ancien commerçant de Londres, l'autre un magistral du comté demeurant à Twickenham. En Italie, la crémation est très populaire, et, dans ce pays, il n'existe pas moins de soixante sociétés pour la crémation. Des fours crématoires ont été établis à Genève, Zurich, New-York, San Francisco et Buffalo.

En Allemagne, une pétition adressée au Reichstag pour obtenir le droit de crémation a été couverte de 23.000 signatures. — A Maurice, plusieurs personnes ont demandé à être brûlées, en l'absence de fours spéciaux, sur un bucher ordinaire ; l'opération a duré quatre heures (*British. Medical Journal.*, janv. et fév. 87).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Rémy, Segond. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Potain, Marchand, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Lannelongue, Kirmisson ; — 3e *Série* : MM. Hayem, Damaschino, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*. oral (1re partie), 1er *Série* : MM. Trélat, Pinard, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Reclus, Budin.

MARDI 17. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Mathias-Duval, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. G. Sée, Laboulbène, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Ball, Quenu ; — 3e *Série* : MM. Duplay, Cornil, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Le Fort, Tarnier, Richelot.

MERCREDI 18. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Reclus, Reynier. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guébhard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Damaschino, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marchand, Pinard, Segond. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Lannelongue, Rémy, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Fournier, Landouzy.

VENDREDI 20. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Farabeuf, Terrillon. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Hayem, Remy, Segond ; — 2e *Série* : MM. Damaschino, Marchand, Reynier ; — 3e *Série* : MM. Trélat, Reclus, Straus. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Pinard, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) : MM. Potain, Fournier, Rendu.

SAMEDI 21. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Farabeuf, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Grancher, Mathias-Duval, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Bouilly ; — 3e *Série* : MM. Vulpian, Dieulafoy, Joffroy ; — 4e *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Campenon. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Troisier, Hanot. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Peter, Ball, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 18. — M. Veraguth. Le climat de la haute Engadine et son action physiologique pendant et après l'acclimatement. — M. Gouzien. Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu. — *Samedi* 21. — M. Panas. Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée. — M. Dutremblay. Contribution à l'étude de la disménorrhée membraneuse par le microscope.

NÉCROLOGIE.

Mort de J.-B. BOUSSINGAULT.

M. Boussingault est mort le jeudi 12 mai à Paris ; c'était après M. Chevreul, l'académicien le plus âgé. Il avait été admis à l'Académie des Sciences dans la section d'économie rurale dès 1839.

Boussingault était né en 1802. Il fut d'abord élève de l'Ecole des mineurs de Saint-Etienne, et à sa sortie partit avec le Dr Roulin pour l'Amérique du Sud. Pendant ce voyage accompli dans les circonstances les plus difficiles et les plus romanesques, il explora la Bolivie, le Vénézuela et les bords de l'Orénoque ; il fit des observations relatives à la flore et à l'orographie de l'Amérique, observations qui furent très remarquées par Humbolt. A sa rentrée en France, 1833, il fut nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon. En 1839, il vint à Paris, fut nommé membre de l'Académie et professeur d'agriculture au Conservatoire des Arts-et-Métiers. En 1848, il fut élu représentant de la Constituante par le département du Bas-Rhin et devint bientôt membre du Conseil d'Etat.

Boussingault est surtout connu pour ses travaux de chimie agricole ; on lui doit l'introduction dans l'agronomie des méthodes préoises de la chimie et de la physique. La science agronomique date, on peut le dire, de la publication de son livre : *Traité de l'économie rurale* (Paris, 1844). Il a publié en outre un grand nombre de mémoires dans les Compte rendus de l'*Académie des sciences*, les *Annales de physique et chimie* ; citons entre autres ses *Etudes sur la transformation du fer en acier*. Un grand nombre de ses mémoires ont été réunis sous le titre de *Mémoires de chimie agricole et de physiologie* (Paris, 1854). Il a réédité en 1860-1864 son traité d'*Economie rurale* sous le titre : *Agronomie, chimie agricole et physiologie*.

Ses travaux en collaboration avec Dumas sont très connus ; on sait que ce sont ces deux savants qui ont déterminé avec précision les proportions des éléments de l'air. En chimie agricole, il a étudié surtout la constitution des engrais, les propriétés nutritives des aliments destinés aux herbivores.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er mai 1887 au samedi 7 mai 1887, les naissances ont été au nombre de 1184, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 428 ; illégitimes, 157. Total, 585. — *Sexe féminin* : légitimes, 410 ; illégitimes, 189. Total, 599.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er mai 1887 au samedi 7 mai 1887, les décès ont été au nombre de 1165, savoir : 639 hommes et 526 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3. T. 10. — Variole : M. 7, F. 4, T. 11. — Rougeole : M. 28, F. 15. T. 43. — Scarlatine : M. 2, F. 6, T. 8. — Coqueluche : M. 6, F. 6. T. 12. — Diphthérie, Croup : M. 20 F. 18, T. 38. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 140, F. 90. T. 230. — Autres tuberculoses : M. 26, F. 13. T. 39. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9. T. 10. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 17. T. 30. — Méningite simple : M. 21, F. 17. T. 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 36. T. 66. — Paralysie : M. 2, F. 2. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4. T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 31. T. 62. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 11 T. 27. — Bronchite chronique : M. 23, F. 22. T. 45. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 12. T. 27. — Pneumonie M. 39, F. 50. T. 89. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 18. T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 15, F. 19. T. 34. — Autres gastro-entérite : M. 2, F. 4. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 10, F. 15. T 25. — Suicide : M. 16, F. 2. T. 18. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3. T. 11. — Autres causes de mort : M. 123. F. 85. T. 208. — Causes restées inconnues : M. 2 F. 1. T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45, illégitimes, 10. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 9. Total : 32.

MÉDECINS CONSEILLERS MUNICIPAUX A PARIS. — Ont été nommés conseillers municipaux. MM. Chautemps, Chassaing, Robinet, Navarre, Levraud, Cattiaux. — Ajoutons que M. Bailly, ancien inspecteur général honoraire de l'Assistance publique, a été réélu conseiller général pour le canton de Courbevoie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du prosectorat.* — A l'épreuve *orale* du prosectorat, on a donné la question suivante : *Région sous-claviculaire.* Les élèves admissibles sont : MM. Lejars, Villemin, Sebilleau, Delbet, Demoulin, Potherat, Thierry et Festal. Ils ont à faire comme *pièce sèche : les nerfs de l'orbite.* — *Concours de l'adjuvat.* La composition *écrite* a eu lieu le lundi 9 mai. La question était : *Distribution et rôle des éléments musculaires et élastiques dans les artères.* Les candidats sont : MM. Chevalier, Dumoret ; Gautier, Janet, Jonesco, Lefèvre, Legueu, Pozzi, Reboul, Reynaud, Régnier, Rieffel, Rollin et Valat.

Exercices opératoires (cinquième cours). — M. le Dr BOIFFIN, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 10 mai 1887, à 1 heure précise, pavillon no 3.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Les professeurs, chargés de cours et maîtres de conférences de la Faculté des sciences de Bordeaux sont convoqués le lundi 30 mai, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Bordeaux, en remplacement de M. Pérez, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour une place de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie sera ouvert le vendredi 24 juin 1887 ; les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 23 juin. Le traitement de chef des travaux pratiques est de 1,500 fr, et la durée des fonctions est de six ans.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. CAYEUX, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de géologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Six, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Königsberg* : M. le privat-docent Dr A. VOMIES est nommé professeur extraordinaire. — *Cracovie* ; M. le Dr ROSNER, professeur extraordinaire des maladies syphilitiques et cutanées est nommé professeur ordinaire. — *Budapest* : M. le Dr LIELERMANN est nommé privat-docent de médecine légale. — *Faculté de médecine de Wurzbourg* : M. le privat docent RIEGER est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie à la Faculté de Wurzbourg.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES. (*Manifestation Rousseau.*) Samedi dernier, une manifestation imposante a eu lieu à l'Hôtel-de-Ville en l'honneur de M. Rousseau, prorecteur. Les étudiants ont voulu le remercier de la sollicitude avec laquelle il a rempli son mandat lors des fêtes du cinquantenaire de l'Université, en lui offrant son buste en bronze, une des meilleures œuvres qu'ait signées le sculpteur Lambeaux. Une superbe ovation lui a été faite à son entrée dans la salle. Un étudiant, M. Cordeweener, a fait en termes bien sentis, l'éloge de celui que l'on nomme volontiers « le père des étudiants. » (*La Clinique*).

FACULTÉ DE GENÈVE. — M. le professeur ETERNOD remplace M. le professeur Fol comme directeur du laboratoire d'Embryologie et histologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. (*Donation Meynot.*) Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de 70.000 fr. que lui a faite le sieur Meynot, suivant un acte notarié du 17 mars 1887. Cette somme, placée en rente 3 0/0 sur l'Etat français, sera consacrée à la fondation d'un prix annuel, dit prix « Meynot aîné, père et fils, de Donzère

(Drôme) » qui sera attribué, alternativement, à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — En comité secret, l'Académie a déclaré vacante une place de membre ordinaire dans la section de médecine et de chirurgie. Il s'agit de remplacer M. P. Bert. Dès maintenant, les membres de la section se sont mis d'accord pour présenter, dans la prochaine séance, une liste des candidats classés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bouchard; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel, Rouget, Germain Sée et Villemin; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux, Ch. Richet.

CHOLÉRA. — On continue toujours à prendre les mesures énergiques les plus rigoureuses contre l'importation possible du choléra par le Sud-Pacifique. Toutes les provenances de cette direction sont soumises à une quarantaine indéfinie, surtout si les bâtiments ont touché à Valparaiso ou sur un autre point de la côte du Chili.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN ALIÉNISTE DES HÔPITAUX. — Ce concours s'est terminé par la nominationde M. CHASLIN, ancien interne des hôpitaux. Il prendra la place vacante de médecin suppléant à Bicêtre.

HERBORISATIONS. — M. le professeur BAILLON fera sa prochaine herborisation à l'Isle-Adam, le dimanche 15 mai 1887. Départ à la gare du Nord, à 8 heures 48 minutes.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le Dr POUSSON.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — M. le Dr PLUYETTE vient d'être nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux après un brillant concours qui a eu lieu le 4 avril, sous la présidence de M. le Dr Villeneuve. Trois candidats étaient en présence : MM. les Drs Bernard, P. Louge et E. Pluyette. Voici les questions que les candidats ont eu à traiter dans leurs diverses épreuves : 1° *Région parotidienne; usage de la salive* ; — 2° *Complications des fractures du crâne* ; — 3° *Examen clinique de trois malades* ; — 4° *Ligature de la fémorale dans l'anneau du 3e adducteur ; amputation partielle du pied, procédé de Lisfranc.* — M. le Dr H. ALEZAIS vient d'être nommé médecin-adjoint des hôpitaux, après un concours non moins brillant qui a eu lieu le 18 avril, sous la présidence de M. le Dr Van Gaver. Trois candidats étaient en présence : MM. H. Alezais, U. Bousquet, F. Schnell. Voici les questions que les candidats ont eu à traiter : 1° *Structure du rein et ses fonctions* : — 2° *Des dyspnées paroxytiques* ; — 3° *Examen clinique de trois malades.*

HOSPICES CIVILS DE ROUEN. — Le jeudi 4 août 1887 un concours aura lieu à l'hôpital général, à 3 heures et demie, pour la nomination de médecins adjoints. — Pour les diverses conditions du concours, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire-directeur des hospices, à Rouen.

HÔPITAUX MARITIMES.—Une commission, comprenant MM. les Drs Dujardin-Beaumetz, Gariel, Bardet, Topinard, Gillet de Grandmont et M. Besançon, doit quitter Paris vendredi prochain pour aller visiter les plages de la région dite du Val St-André (Côtes-du-Nord), et rechercher si parmi ces plages il n'en est pas une qui pourrait être utilisée pour créer un hôpital d'enfants, analogue à l'hôpital de Berck.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Par arrêté préfectoral, M. le Dr PETIT est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du 3e arrondissement de Paris. — M. le Dr FODÉRÉ est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS.—M. Daubrée commencera son cours de géologie samedi 14 mai, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des *faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des eaux souterraines.* Il exposera aussi *l'histoire géologique du fer.* En cas d'absence, le profess. sera remplacé par M. Stanislas Meunier.—M. LECLERC DU SABLON, docteur ès sciences naturelles, agrégé préparateur à l'Ecole normale supérieure, est nommé aide-naturaliste audit Muséum, près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale), en remplacement de M. Costantin, appelé à d'autres fonctions. M. Daubrée, professeur de géologie, est autorisé à se faire remplacer pour une partie de son cours, pendant le 2e semestre de l'année classique 1886-1887, par M. St. Meunier, aide-naturaliste audit établissement.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr EBEN-WATSON vient de succomber à une longue maladie, après dix-huit mois de souffrances. Il était né à Glasgow en 1823 ; fils d'un savant praticien de cette ville, il fit ses études médicales près de son père, et prit ses grades à l'Université de Glasgow. Se destinant à la chirurgie, il travailla encore pendant deux années, près de Win-Fergusson, à Londres, et ensuite à Paris. Revenu à Glasgow en 1848, il aida son père dans sa clientèle, devint chirurgien de la « *Royal Infirmary* », et, en 1853, professeur de physiologie à l' « *Andersonian University* ». Jusqu'à ces dernières années il remplit ces deux fonctions avec activité. Ses œuvres médicales sont nombreuses ; nous citerons les principales : *L'organe de la voix humaine*, 1848 ; — *Sur la médication topique du larynx dans certaines maladies des organes de la respiration et de la phonation* qui fut publiée en 1854. Plus tard parurent des ouvrages sur la laryngoscopie, l'aphonie. Il aida de tous ses efforts le *Glasgow Medical Journal*, dans lequel il publia de nombreux travaux. Son dernier mémoire (*Traitement du rétrécissement de l'urèthre*) parut en 1880. Le Dr Watson fut longtemps examinateur de physiologie à la Faculté de médecine et de chirurgie, et remplit la charge de président de cette dernière. Il fut aussi président de la Société médico-chirurgicale de Glasgow. Ses leçons et ses discours y furent nombreux, toujours caractérisés par un style très clair (*Glasgow Medical Journal*, avril 1887).— MM. les Drs BAYONNE (de Gimont).— M. le Dr BRUN père (de Vernes-la-Varenne). — M. le Dr Amédée LÉVESQUE, médecin honoraire des hôpitaux de Rouen, et professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de cette ville. — M. le Dr SUTEL, de Saint-Dié (Vosges), âgé de 40 ans On lui doit une *Histoire de l'ambulance du petit séminaire de Strasbourg en 1870* (thèse de doctorat). — M. le Dr PANNEVEL (de Neuilly-sur-Seine). — M. le Dr BRUNNENSTOEDT, privat-docent d'accouchement à Rostock. — M. STUDER, savant géologue, correspondant de l'Académie à Berne. — M. le Dr Ludwig ROHDEN, collaborateur à la *Deutsche Medicinische Wochenchrift.* — M. le Dr Guillaume HACK, professeur extraordinaire de rhinologie et laryngologie à l'Université de Fribourg-en-Brisgau. On lui doit : *Traitement chirurgical de certaines formes de migraine* (1884); — *Extirpation endolaryngée d'un polype* (1878);— *Traitement des rétrécissements laryngés* (1878); — *Hypertrophie de la 3e tonsille* (1882); — *Chirurgie du nez* (1883); — *Traitement chirurgical de certaines formes d'asthme* (1885); — *Traitement chirurgical de la maladie de Basedow* (1886), etc., etc.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi et vendredi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. TERRILLON, le jeudi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie BERGER LEVRAULT et Cie, 5, rue des Beaux-Arts.

CRISENOY (J. de). — Les établissements hospitaliers dans les campagnes. Brochure in-8 de 44 pages.

SAINT THOMAS HOSPITAL REPORTS. — Vol. XV. — In-8 cartonné de XV-364 pages. — London, 1886. — Librairie J. et A. Churchill.

SEGUIN (E.). — Report on éducation. Volume in-8 cartonné de 215 pages. — Milwankee, Wis., 1880. Duerflinger.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

VEILLARD (A.). — Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants. Vol. in-18 de 390 p. — Prix : 4 fr.

MÉLIK (L.). — Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités. Brochure in-8° de 69 pages. — Paris, 1887. — Imprimerie H. Jouve.

PAQUET (A.). — Quatre nouvelles ovariotomies et deux hystérectomies, l'une abdominale, l'autre totale vaginal suivies de guérison. Brochure in-8° de 15 pages. — Lille, 1887. — Castiaux.

MÖBIUS (P.-J.). — Neber Neuritis puerperalis. Brochure in-8° de 5 pages. Extrait du *Münchner Medicinische Wocheschrift*, n° 9, 1887. — Münchner, 1887. — Librairie A. Finsterlin.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Le Bulletin bibliographique.

Librairie E. DENTU, galerie d'Orléans, Palais-Royal.

BERNARD (Cl.). — Arthur de Bretagne, drame inédit en cinq actes et en prose avec un chant, publié avec deux portraits et une lettre autographe de Claude Bernard. Précédé d'une préface historique de M. Georges BARRAL. Vol. in-8 de 194 pages. — Prix : 40 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

POISSON (L.). — Voyage chirurgical en Allemagne, notes et impressions, avec 12 plans intercalés dans le texte. Volume in-8° de 134 pages. — Prix : 3 fr.

LEMOINE (G.) et CHAUMIER (J.). — Des troubles psychiques dans l'impaludisme. Brochure in-8° de 33 pages. — Paris, 1887. — Imprimerie G. Rougier et Cie.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

SAYRE (L.-A.). — Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, traduites de l'anglais, d'après la 2e édition, par le Dr H. THORENS, préface du Dr POLAILLON. Volume in-8° de 495 pages, avec 274 figures. — Prix : 10 fr.

AMADEI (G.). — Sopra un cranio di Ladro. Brochure in-8° de 10 pages, avec 1 planche. — Reggio-Emilia, 1886. — Tipografia di S. Calderini e Figlio.

AMADEI (G.). — Mutismo isterico Guarito colla suggetione ipnotica. Brochure in-8° de 7 pages. — Milan, 1887. — F. Vallardi.

AMADEI (G.). — Omicidio per idea fissa impulsiva. Brochure in-8° de 15 pages. — Cremona, 1887. — Tipografia Ronzi e Signori.

SCHWARZ (E.). — Der familien Haus und Grippentyphus. Beitrag zur ætiologischen und klinischen Kenntniss des typhus abdominalis. Broch. in-8 de 88 pages. — Leipzig, 1886. — Druck von J.-B. Hirschfeld.

SCHWARZ (E.). — Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Peripheren Körpertemperatur des Menschen. Broch. in-8 de 76 pages, avec 3 planches hors texte. — Leipzig, 1886. — Druck von J.-B. Hirschfeld.

Le Rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

PARIS.— IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNS

BLONDEAU (A.). Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. Un vol. in-8 de 72 pages — Prix : 2 fr. — **Pour nos abonnés**, 1 fr. 35.

PICARD (H.). — De l'incontinence nocturne d'urine essentielle. Brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés . . . . 35 c.

RAISON (A.-G.). — Des traitements des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle. Vol. in-8 de 42 pages. Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr. 70.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 21. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 MAI 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

De la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre (1),

Par M. le Dr LEFOUR, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Marie M..., âgée de 33 ans, ménagère, demeurant à Bordeaux, est douée d'une constitution robuste et a toujours joui, depuis sa plus tendre enfance, d'une excellente santé.

L'écoulement menstruel s'est montré, pour la première fois, à l'âge de 17 ans et, dès lors, il n'a jamais présenté la moindre irrégularité.

Mariée à l'âge de 21 ans, elle a eu quatre grossesses normales qui toutes se sont terminées à terme, par un accouchement physiologique. Des quatre enfants nés de ces grossesses et nourris au sein par leur mère, deux sont morts : l'un du croup, à l'âge de 3 ans; l'autre d'une broncho-pneumonie, à l'âge de 4 ans.

Enceinte pour la cinquième fois, elle a vu ses règles, qui duraient habituellement de quatre à cinq jours, apparaître pour la dernière fois, le 3 mai 1886. La grossesse n'a été troublée que par une série de phénomènes anodins liés à cet état, et sur lesquels je crois inutile de m'appesantir.

Le 13 février dernier, à quatre heures du soir, à terme par conséquent, Marie M... ressent les premières contractions douloureuses du travail et fait mander sa sage-femme. Celle-ci se livre à un examen complet et constate que l'enfant vivant se présente par le sommet en position gauche antérieure, que l'effacement du col est achevé et que l'orifice de dilatation a atteint les dimensions d'une pièce de cinquante centimes environ.

Les contractions utérines se succèdent rapides et énergiques ; aussi, à 8 heures et demie, la dilatation est-elle complète.

A 9 heures un quart, la poche des eaux se rompt spontanément et donne issue à une quantité assez abondante de liquide amniotique.

Le travail continuant à marcher régulièrement, à 11 heures la tête se dégage à la vulve et le fœtus donne encore des signes manifestes de son existence. Mais, à partir de ce moment, malgré les contractions utérines les plus violentes et les efforts considérables de la parturiente, l'accouchement s'arrête. La sage-femme essaie alors d'aider au dégagement des épaules, par des manœuvres sur la nature desquelles nous ne sommes pas édifié; ses tentatives demeurant sans résultat, elle se décide à faire appeler un médecin du voisinage.

Ce dernier, intelligent et instruit, examine la patiente avec soin et note, tout d'abord, que la matrice très fortement rétractée est presque moulée sur le tronc du fœtus. L'extrémité céphalique est complètement en dehors des organes génitaux externes et l'occiput regarde la cuisse gauche de la femme. Explorant ensuite la cavité vaginale, il remarque que l'épaule droite se trouve exactement appliquée contre la face postérieure de la symphyse du pubis et estime que là est la cause de l'arrêt dans le travail. Aussi s'empresse-t-il de dégager les deux bras, afin de pouvoir exercer des tractions bien dirigées sur ces petits membres ainsi amenés à l'extérieur. Mais il reconnaît bientôt l'inutilité de ses efforts et, en raison de la résistance qui s'oppose à la sortie du tronc, il juge prudent de ne pas insister. Il soupçonne un obstacle dû à une tumeur volumineuse de l'extrémité pelvienne et me prie de venir lui prêter mon concours.

J'arrivai, dans la nuit du 14 février, à 4 heures du matin et voici ce que je constatai.

Marie M..., dans le décubitus dorsal, les extrémités inférieures fléchies, pousse des plaintes continuelles, dues à des contractions qui présentent un caractère tétanique. La peau chaude est inondée de sueur, le pouls est fréquent.

Je fais mettre la parturiente en travers du lit, dans la situation obstétricale, afin de pouvoir pratiquer l'exploration des organes génitaux internes dans les conditions les plus favorables.

Le fœtus qui avait succombé quelques heures auparavant, avait la tête dans la situation indiquée plus haut; les bras presque entièrement en dehors de l'orifice vulvaire, étaient appliqués sur les côtés de la tête. L'utérus est encore très volumineux.

La main gauche, soigneusement graissée, est introduite avec la plus grande douceur dans la cavité vaginale, en suivant le plan antérieur du fœtus. A peine entrée dans l'excavation pelvienne, elle est arrêtée par une tumeur énorme, surplombant le détroit supérieur, tumeur dont la surface, comme œdématiée, présente cependant une grande rénitence. La surface ainsi explorée, dans des limites assez étroites, se perd à droite et en haut dans la cavité utérine où je ne puis et ne dois la suivre, à cause de la rétraction violente de l'organe, tandis qu'elle s'arrête en bas et à gauche sur la poitrine du fœtus, au niveau de l'extrémité inférieure du sternum.

Le diagnostic porté est le suivant : accumulation de liquide dans la cavité abdominale du fœtus et, selon toutes probabilités, dans la vessie.

L'enfant étant mort et la matrice très rétractée, ainsi que nous venons de le dire, nous estimons qu'il est plus sage de ponctionner l'abdomen par une voie détournée, afin d'éviter toute intervention dans la cavité même de l'organe. C'est pourquoi nous ouvrons la poitrine et, avec l'indicateur, nous déchirons la cloison thoraco-abdominale. Aussitôt il s'écoule sept à huit cuillerées d'un liquide citrin et, en même temps que l'intestin, nous sentons une poche manifestement fluctuante venir faire hernie à travers l'ouverture ainsi pratiquée. Après avoir inutilement essayé d'entamer cette poche par le grattage, nous l'ouvrons d'un coup de ciseaux et immédiatement il s'en échappe un flot de liquide à peine coloré en jaune.

Le tronc du fœtus ainsi réduit dans son volume est expulsé sur le champ.

Les suites de couches ont été normales ; douze jours après, notre opérée reprenait ses occupations.

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 5 avril 1887.

Examen anatomique du fœtus. — La paroi abdominale très infiltrée ayant été largement ouverte à droite et à gauche de la ligne médiane, il est aisé de constater que la tumeur liquide qui faisait obstacle à l'accouchement et que nous avions ponctionnée, est constituée par la vessie considérablement distendue; malgré l'évacuation de l'urine, ce réservoir, dont les parois à l'état de flaccidité ont 3 millimètres d'épaisseur environ, présente encore des dimensions énormes; toutefois, une assez grande étendue de la paroi droite de l'organe est très notablement amincie.

Les quelques cuillerées de liquide qui s'étaient écoulées, au moment de la déchirure du diaphragme, venaient sûrement de la cavité péritonéale : il y avait donc, à la fois, ascite et rétention d'urine.

Un fait très remarquable et sur lequel nous croyons devoir insister d'une façon toute spéciale, c'est que, sauf un peu d'hypertrophie des parois des uretères qui, par ce fait, ont atteint le volume d'une plume de corbeau, *on ne trouve rien d'anormal, ni du côté des reins, ni du côté des bassinets;* notons en particulier, que *ces organes ne sont distendus en aucun point de leur trajet.* On verra plus loin l'importance que peut avoir l'absence d'anomalies à ce niveau.

J'enlève la vessie et les organes génitaux externes, pour en faire, à loisir, un examen plus minutieux. Cet examen, pratiqué à l'Institut anatomique de la Faculté de Bordeaux, sous les yeux de M. le professeur Bouchard et de mon excellent collègue et ami M. Planteau, a permis de relever les particularités suivantes :

1° Si on place une ligature sur l'un des uretères et qu'on insuffle la vessie par l'uretère du côté opposé, l'air s'échappe par le méat urinaire.

2° Si, dans les mêmes conditions, on remplace l'air par l'eau et qu'on pousse l'injection jusqu'à réplétion de l'organe, le liquide s'écoule doucement par la même voie, sans entraîner le moindre bouchon muqueux.

3° Enfin, si on pratique le cathétérisme, à l'aide d'une bougie de deux millimètres de diamètre environ, on pénètre dans la vessie, avec la plus grande facilité.

Le canal de l'urèthre est donc libre et bien libre d'un bout à l'autre, aussi bien d'arrière en avant que d'avant en arrière : il n'existe point d'obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine.

Après avoir lié la verge, on a pu introduire 1.750 grammes d'eau environ dans cette vessie et la quantité du liquide injecté aurait pu être aisément augmentée, sans dommage pour l'intégrité de l'organe. Actuellement, à l'état sec, son volume est un peu inférieur à celui qui lui avait été donné par cette opération. Cependant ses dimensions sont encore assez considérables : son plus grand diamètre antéro-postérieur est de 12 centimètres et son plus grand diamètre transversal de 14 centimètres. La face antérieure mesure, du col de la vessie au lieu d'implantation de l'ouraque, 20 centimètres; sa face postérieure, mesurée entre ces deux mêmes points, a une étendue de 28 centimètres. La circonférence passant par les extrémités du diamètre antéro-postérieur et transversal est de 43 centimètres. L'ouraque transformé, comme à l'ordinaire, en un cordon fibreux, a subi un déplacement, dû à la dilatation de la paroi postéro-supérieure de l'organe, ainsi que le montrent les figures ci-après, habilement exécutées d'après nature par un de nos élèves, M. Noblot.

Cette pièce, préparée avec grand soin par M. Viéron, aide d'anatomie de la Faculté, présente encore quelques anomalies importantes à signaler. La distension ne s'est pas fait sentir également sur tous les points du réservoir urinaire : une très notable portion de la moitié droite de l'organe est manifestement plus dilatée que la partie correspondante du côté opposé et cette irrégularité de

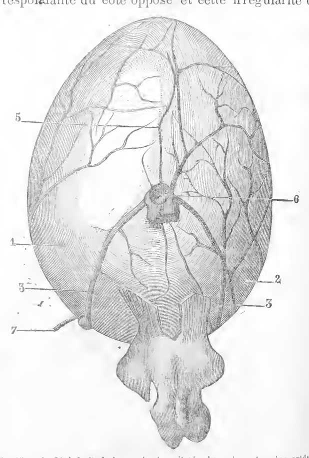


Fig. 35. — 1. Côté droit de la vessie plus dilaté, plus mince et moins artérialisé. — 2. Côté gauche moins dilaté, plus épais et plus artérialisé. — Artère ombilicale droite. — 4. Artère ombilicale gauche. — 5. Ouraque. — 6. Ombilic. — 7. Uretère du côté droit.

développement est bien mise en évidence dans la figure 1 dont l'exactitude est des plus rigoureuses. Au même niveau, la couche musculaire est bien moins épaisse et cette anomalie nous semble tenir non seulement à la distension plus grande de cette portion de la vessie, mais encore à la rareté et à l'atrophie des fibres musculaires existantes. Enfin, toujours du côté droit, la circulation laisse beaucoup à désirer. Une injection de matière coagulable, poussée par les deux artères ombilicales dessine très nettement tout le système artériel et permet de constater que tout un territoire de l'organe, le tiers environ de la face antéro-latérale droite, ne se laisse pas pénétrer par l'injection. A ce niveau, en effet, les artérioles sont complètement oblitérées et transformées en cordons fibreux. Il suffit d'examiner comparativement les figures 2 et 3 pour bien apprécier cette inégalité dans la distribution des vaisseaux et le calibre un peu moindre des vaisseaux perméables.

Nous allons voir, dans un instant, le rôle qu'on est peut être en droit de faire jouer à ces diverses anomalies, dans le fait même de la distension vésicale.

Les organes génitaux externes ne présentent rien d'anormal. Pas d'étroitesse de l'orifice préputial; pas d'épispadias ou d'hypospadias. Les testicules sont descendus dans les bourses, le scrotum est un peu infiltré et les tuniques vaginales sont distendues par un peu de sérosité citrine.

Considérations physiologiques. — Cela posé, nous devons nous demander pourquoi en l'*absence de tout*

obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine, cette vessie s'est ainsi laissé distendre sans retentissement sur les uretères, sur les bassinets et sur les

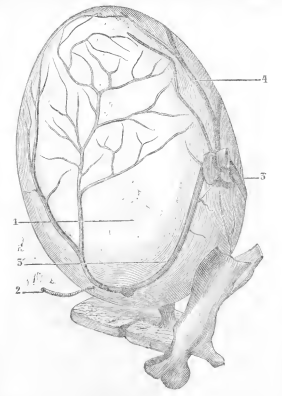


Fig. 36 – 1. Côté droit de la vessie plus dilaté, plus mince, parcouru par des artères relativement peu nombreuses et peu volumineuses. — 2. Uretère du côté droit. — 3. Artère ombilicale droite. — 3. Artère ombilicale gauche. – 4. Ouraque.

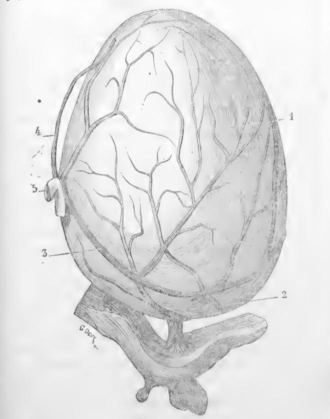


Fig. 37.— 1. Côté gauche de la vessie, moins dilaté, plus épais, parcouru par des artères nombreuses et relativement de gros calibre. — 2 Uretère gauche. 3. Artère ombilicale gauche. — 4. Ouraque. — 5. Ombilic.

reins. C'est là un fait unique, à notre connaissance, dans les annales scientifiques.

Est-ce que le fœtus *n'urinerait jamais* dans la cavité amniotique, ainsi que le pense Comelli (1) qui a observé un cas analogue à celui que je viens de relater, *sauf l'intégrité des reins et des uretères et la quantité plus considérable de liquide accumulé dans la vessie*? Dans cette hypothèse, la distension du réservoir urinaire ne saurait s'expliquer, sans accepter, d'une part, qu'il y a eu sécrétion excessive d'urine pendant la grossesse, et sans faire bon marché, d'autre part, de la rétractilité et de la contractilité de l'organe. Admettons, un instant, que le sphincter vésical puisse triompher du pouvoir rétractile des fibres musculaires du réservoir urinaire, comme le sphincter anal triomphe, tant que le fœtus est vivant, de la puissance rétractile des fibres musculaires de l'intestin. Mais il ne faut pas oublier que la vessie est très contractile et que, pour cette raison, elle est capable d'un effort considérable, ainsi que le prouve l'excitation du sciatique, chez un animal préalablement curarisé.

Est-on davantage autorisé à affirmer que le fœtus doit uriner dans l'amnios, en se basant sur les faits de distension vésicale avec imperforation du canal de l'urèthre ou malformation analogue? Nous ne le croyons pas. En effet, si on passe en revue les diverses observations de rétention d'urine que leurs auteurs attribuent à un obstacle mécanique, on peut voir que rien n'est variable comme la quantité de liquide trouvée dans ces réservoirs clos, aux diverses époques de la vie intra-utérine.

M. le professeur Depaul (2) dans son mémoire « *sur la distension de la vessie et la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie* », estime que la vessie du fœtus qui fait l'objet de ce mémoire devait contenir deux litres et demi d'urine. Le même auteur, dans une note communiquée quelques années plus tard à la Société de biologie (3), cite le cas d'un enfant expulsé spontanément, qui succomba peu d'instants après l'accouchement, et dont la vessie distendue, pour cet auteur, par imperforation, renfermait 500 grammes d'urine seulement.

M. le Dr Guéniot (4), alors qu'il était chef de clinique, en 1864, a observé un enfant de 3,130 grammes, qui mourut deux heures après un accouchement spontané, et chez lequel il existait, avec une imperforation du canal de l'urètre, une vessie distendue, ne dépassant pas le volume d'un œuf de dinde.

Le premier fœtus observé par M. Depaul était né à 6 mois et demi de grossesse; le second, dont la vessie renfermait beaucoup moins de liquide, avait 8 mois et demi. La vessie recueillie par M. Guéniot appartenait à un fœtus de 8 mois et présentait des dimensions relativement minimes. On a vu que, dans le fait observé par nous, le fœtus était à terme et la vessie renfermait 1,750 grammes d'urine environ. Nous pourrions multiplier les exemples analogues, mais cela serait sans profit pour l'argumentation; aussi croyons-nous inutile de rien ajouter.

Les trois premiers de ces faits, qui s'abritent sous des autorités incontestables, démontrent que la quantité d'urine sécrétée par le fœtus pendant la vie intra-utérine, dans les cas d'imperforation des organes génito-uri-

(1) Comelli, in Wien. med. Wochens., n° 37, 1879.
(2) In *Gaz. hebd.*, 18 mai 1860, p. 324, Mémoire lu à l'Acad. de méd. le 26 février 1850.
(3) In *Mém. de la Soc. de biol.*, 1864, p. 82.
(4) In A. Herrgott. *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement.* Th. d'agrég., Paris, 1878.

naires, est, comme nous le disions, extrêmement variable et qu'il serait imprudent de conclure d'un fait tératologique à une fonction physiologique.

Très probablement, dans les conditions normales, les reins fournissent une faible quantité d'urine, le placenta constituant, à n'en pas douter, un puissant organe d'élimination pour le fœtus. Mais si, sous l'influence d'une cause difficile à apprécier pour le moment, la sécrétion devient plus active et si l'urine s'accumule, au point de dépasser les limites de la capacité physiologique de l'organe, la sensibilité spéciale de la muqueuse vésicale mise en jeu, amène aussitôt la contraction du réservoir tout entier qui vide son contenu dans la cavité amniotique.

A quoi donc attribuer le défaut d'urination dans le fait qui nous est personnel? Il est bien difficile de répondre d'une façon absolument affirmative, mais il se pourrait que les anomalies signalées sur la moitié droite de la vessie, en altérant l'intégrité fonctionnelle de l'organe, ne fussent pas étrangères à sa distension. En outre, les bassinets et les uretères n'étant nullement dilatés, on serait peut-être autorisé également à supposer que, dans ce cas particulier, le fœtus urinait par regorgement.

D'un autre côté, il est profondément regrettable que les conditions dans lesquelles nous nous sommes trouvé, n'aient pas permis de faire l'autopsie du fœtus d'une façon plus complète, car nous savons que la distension vésicale pourrait aussi être due à une paralysie d'origine médullaire. De même, l'analyse comparative de l'urine et du liquide amnotique aurait présenté un certain intérêt. Ce sont là quelques lacunes que nous signalons simplement à ceux qui, après nous, pourraient se trouver en présence de faits semblables.

Considérations cliniques. — Au point de vue de l'intervention obstétricale à laquelle on doit avoir recours, en pareille circonstance, cette observation nous paraît comporter un sérieux enseignement. En effet, si, comme tout semble le démontrer, il y a des accumulations d'urine dans la vessie, capables de mettre obstacle à l'accouchement, alors que le canal de l'urèthre est perméable, la conduite à tenir doit être bien différente selon les cas.

En ce qui nous concerne, nous avons cru devoir ouvrir la poitrine du fœtus et pénétrer dans la cavité abdominale à travers le diaphragme. Mais le fœtus était mort et, d'autre part, en raison des contractions tétaniques de la matrice, il eût été imprudent d'introduire la main ou des instruments dans l'intérieur de cet organe. Lorsque le fœtus est vivant, au contraire, et que toute intervention dans la cavité utérine n'est pas contre-indiquée, le devoir étroit de l'accoucheur est d'essayer de ponctionner la vessie *chirurgicalement*, à travers la paroi abdominale, à l'aide du trocart capillaire. L'obstacle se trouvera ainsi levé, grâce à une opération dont la bénignité laisse à l'enfant toutes ses chances de survie.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr VANDIER est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Melle.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Séance du lundi 23 mai, à 4 heures, rue de l'Abbaye, n° 3.— *Ordre du jour :* 1° Rapports de candidatures ; 2° Commotion cérébrale suivie d'amnésie partielle d'une durée de trois semaines : M. JARCHY ; 3° Du délire chronique (*suite*) : M. CHRISTIAN, 4° Communications diverses.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — La prochaine séance de la Société aura lieu le lundi 23 courant à 8 h. 1/2 du soir, 3, rue de l'Abbaye.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tétanos traumatique subaigu à forme partielle. — Guérison,

Par A. ROUTIER, chirurgien des hôpitaux.

Le tétanos est une affection relativement rare, plus rare encore est sa forme partielle, aussi m'a-t-il paru intéressant de publier une observation de ce genre que j'ai pu suivre à Bicêtre pendant les vacances dernières.

Malgré la bénignité relative des symptômes présentés par notre malade, je crois pouvoir attribuer sa guérison au traitement énergique mis en pratique ; du reste, voici son histoire notée au jour le jour par M. Prioleau, interne du service : je la ferai suivre de quelques réflexions.

Le nommé F..., Joseph, âgé de 47 ans, exerçant la profession de terrassier, se présenta le 8 juillet 1885 à la consultation de chirurgie de l'hospice de Bicêtre.

Ce malade se plaignait de ne plus pouvoir ouvrir la bouche depuis la veille, et de sentir dans le cou une raideur insolite; le tout était survenu sans fièvre, sans frissons, cependant le malade avait mal dormi les deux ou trois nuits précédentes et se trouvait sous l'influence d'un malaise général.

Il accusait aussi quelques douleurs dans son membre supérieur gauche qu'il portait en écharpe, à cause d'une brûlure produite par de l'eau bouillante sur la face antéro-externe de son avant-bras, remontant environ à cinq semaines.

La plaie résultant de cette brûlure qui avait atteint le 3e degré au moins, était d'assez mauvais aspect ; pansée avec du linge imbibé de pus et répandant une odeur repoussante, elle avait presque la dimension de la main et, au dire du malade, ne s'était nullement rétrécie depuis qu'elle existait.

Couverte de bourgeons charnus, mous et pâles, débordant le niveau de la peau saine environnante, le moindre contact la faisait saigner. Il existait aussi quelques ganglions dans l'aisselle correspondante.

Examinant alors le malade au point de vue des contractures qu'il nous signalait, nous constatons qu'il peut à peine desserrer les dents, juste assez pour insinuer le bout de sa langue entre les deux arcades.

Rien dans les régions parotidiennes ni dans la région sous-maxillaire ne vient légitimer cette contracture; de même le doigt insinué entre les joues et les maxillaires ne nous fait rien découvrir qui puisse l'expliquer.

La tête est maintenue droite sur les épaules et quand on prie le sujet de regarder à droite ou à gauche, c'est par une rotation de tout le buste qu'il exécute le mouvement nécessaire.

En présence de ces signes, nous pensons à la possibilité du tétanos et nous conseillons au malade d'entrer à l'hôpital, ce qu'il accepte.

Je recommandai à mon interne, M. Prioleau, de faire placer de suite ce malade dans une petite chambre d'isolement annexée au service, de panser proprement la plaie avec de la gaze iodoformée après l'avoir soigneusement désinfectée à l'aide de la solution forte 5 0/0 d'acide phénique ; enfin, de faire fermer les volets de la petite chambre pour avoir l'obscurité et le calme absolu.

Je prescrivis en outre une potion avec six grammes de chloral, et un régime léger, potages, lait, eau vineuse.

Le lendemain 9 juillet, le malade présentait le même état que la veille, il avait en outre des douleurs dans la poitrine, et une sorte de rigidité des muscles pectoraux ; il avait mal dormi et semblait un peu agité ; mais j'appris qu'au lieu d'entrer à l'hôpital la veille, dès le matin, après la consultation, le malade était parti et ne s'était représenté que le soir à Bicêtre, de sorte que le traitement prescrit n'avait pu être mis à exécution.

Dès lors, toutes nos précautions furent soigneusement prises : couché seul dans une chambre où on n'entendait pas les bruits extérieurs, où nous avions fait l'obscurité, le malade fut soumis au chloral; la plaie régulièrement pansée.

10 *juillet*. Le trismus existe toujours, mais il n'y a plus de douleurs dans la poitrine, les pectoraux semblent moins raides,

il a dormi et avale bien les liquides. La potion contiendra 7 gr. de chloral. — Le 11. Même état.

Le 12. Le cou est plus souple, le trismus moins fort; pansement ; la plaie paraît en meilleur état, il n'y a plus de douleurs dans le bras. Diminution de la dose de chloral à 4 gr.

Le 13. Le trismus a à peu près disparu.

Le 14. Le malade demande à manger. Pansement.

Le 15. Il semble que tout soit fini.

Le 16. Le malade demande à se lever dans la journée, nous le lui permettons.

Le 17. Le malade a usé de notre permission, mais il s'est bientôt senti fatigué et a dû se remettre au lit, il a même eu un léger frisson, et nous retrouvons du trismus ; aussi recommençons-nous le traitement par le chloral, 6 gr. et le repos absolu. Le 18, on constate un mieux très notable.— Dans les jours qui suivent, jusqu'au 24, nous gardons le malade dans la chambre où il se lève l'après-midi.

Le 30. Le malade est sorti dans le jardin, n'a pas eu d'accident. La plaie est en bonne voie de cicatrisation.

14 août.—Il sort sur sa demande, la plaie est réduite aux dimensions d'une pièce de 5 fr., il a pu tous ces jours-ci sortir dans la cour et marcher sans éprouver la moindre fatigue.

Depuis sa sortie, nous ne l'avons pas revu à l'hôpital, nous pouvons certainement en conclure que la guérison s'est maintenue.

Cette observation nous a paru curieuse à plusieurs titres :

Tout d'abord nous signalerons la rareté de cette variété de tétanos, qui rarement est partiel ; dans ses remarquables statistiques militaires des Etats-Unis (1877), Richter donne des chiffres qui fixent environ à 5 0/0 et plutôt à 3 0/0 la fréquence du tétanos partiel par rapport au tétanos généralisé.

L'apparition tardive des phénomènes de contraction est aussi à noter : notre malade avait eu sa brûlure le 6 juin. Ce n'est qu'un mois après, le 8 juillet, qu'il ressentit de la difficulté à ouvrir la bouche et à tourner la tête.

On sait que les brûlures sont rangées parmi les plaies qui sont le plus souvent compliquées de tétanos ; notre malade pouvait donc être classé parmi les prédisposés; il avait, en outre, un pansement mal fait, sale, irritant, sous lequel la plaie avait pris un très mauvais aspect. Ce sont là, bien certainement, une série de causes qui, agissant ensemble, ont concouru à produire le tétanos chez notre malade ; mais ces causes-là suffisent-elles? J'avoue que je ne le crois pas. Cependant, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver la contagion. En dehors des causes occasionnelles que nous avons mentionnées plus haut, rien ne vient nous éclairer sur le développement de ce tétanos ; point d'épidémie ou de cas analogues autour de lui, point de ces variations brusques de la température, si souvent incriminées par les auteurs, point, enfin, d'origine équine pour ceux qui admettent cette étiologie.

Cette question de l'étiologie du tétanos a passionné, en effet, les chirurgiens, dans ces derniers temps. Au deuxième Congrès de chirurgiens français, MM. Vaslin (d'Angers), Balestreri (de Gênes), ont rapporté des observations et conclu à un tétanos de cause nerveuse. Malheureusement c'est là une conclusion qui ne fait pas avancer la question d'un pas.

M. Maunoury (de Chartres) combattant la théorie de la contagion, faisait jouer un grand rôle au refroidissement. M. Thiriar (de Bruxelles) croit, au contraire, à une maladie parasitaire, et le professeur Verneuil reconnaissait dans le tétanos une maladie spécifique, infectieuse, dont le développement n'est jamais spontané, disait qu'il avait probablement une origine microbienne, mais que malheureusement le microbe n'avait pas été encore isolé. Dans la seconde partie de sa communication, notre savant professeur s'efforçait de prouver que le tétanos humain venait du tétanos du cheval, et, plus tard, à la Société de chirurgie, une discussion s'étant ouverte de nouveau sur cette question, M. Verneuil soutenait l'origine équine du tétanos, tandis que M. Terrier faisait remarquer que le tétanos n'a jamais été pris soit par les palefreniers, soit par les élèves de l'Ecole d'Alfort, souvent en contact avec des chevaux tétaniques.

En Allemagne, d'autre part, Nicolaïef a prétendu qu'il isolait un microbe spécifique du tétanos ; Rosenbach n'a pu obtenir de cultures pures de ce bacille ; il est vrai qu'il l'a toujours vu associé à un bacille vulgaire, facile à cultiver séparément et qui, lui, ne donne pas le tétanos; mais l'injection du liquide contenant les deux bacilles a toujours donné des résultats positifs entre les mains de ce savant expérimentateur. Il semble donc qu'il en soit du tétanos comme de bien d'autres maladies aujourd'hui, et que ce soit là une affection parasitaire. Malheureusement, je le répète, dans notre cas, nous n'avons pu trouver le mode de contagion. Enfin il est un dernier point sur lequel je veux insister, c'est le traitement.

Je sais bien que nous avons eu affaire à un cas particulièrement favorable : les contractures étaient localisées, elles avaient apparu fort longtemps après la blessure; celle-ci siégeait sur un membre depuis longtemps était irritée par un pansement mal fait. Il n'y avait pas d'élévation de la température ; toutes ces raisons me permirent de porter d'emblée un pronostic relativement bénin; mais je ne pouvais pas oublier que le professeur Verneuil pose en principe qu'il y a bien tétanos dès que la contracture a envahi les muscles de la mâchoire et ceux de la nuque, et que si le tétanos aigu est presque toujours mortel, le tétanos chronique peut parfaitement conduire le malade à la mort.

Aussi, malgré le peu de gravité des phénomènes, je crus de mon devoir de soumettre le malade à un régime sévère, m'efforçant de remplir les diverses indications qui se présentaient.

Par une désinfection méthodique de la plaie, par un pansement bien fait et qui devait être rare, je m'efforçai d'abord d'enlever toute cause d'irritation. L'iodoforme, que j'employai, a été conseillé par Ollier comme spécifique; sans lui accorder cette vertu, je lui trouvais l'avantage, outre son action antiseptique, de me permettre de faire un pansement peu souvent renouvelé, sur une large surface bourgeonnante, qui sécrétait beaucoup. J'exagérai à dessein la proportion d'ouate employée pour entourer l'avant-bras, afin de protéger les parties et de les maintenir dans une température constante.

Comme je l'ai rapporté dans l'observation, au moment où nous entreprenions la cure de notre malade, ses muscles pectoraux se prenaient; il semble qu'il fut alors dans une période d'augmentation de sa maladie. C'est pour cela qu'au traitement local je joignis le traitement général.

Le calme absolu, recommandé déjà par Dupuytren, plus tard par Hervieux, à propos du tétanos des accouchées, érigé enfin en méthodes de traitement, par Renzi (de Gênes) en 1876, fut obtenu pour notre malade, par son isolement dans une chambre obscure, où n'entrèrent que la surveillante, l'interne et moi.

Enfin le chloral, si répandu depuis les guérisons rapportées par Verneuil à l'emploi de ce médicament, fut donné à notre malade, jusqu'à concurrence de 7 grammes par vingt-quatre heures.

Quelque rigoureux que puisse paraître ce traitement en regard de la bénignité des symptômes que nous avions à combattre, il serait largement justifié par la guérison du malade, mais cette rechute observée chez lui à la cessation du traitement, a toute la valeur d'une expérience de laboratoire et nous permet de croire que très probablement, sans notre active intervention, le tétanos de notre malade, au lieu de rester partiel, se serait généralisé et aurait presque à coup sûr causé sa mort.

J'ajoute, en finissant, que ce n'est point ici un de ces cas de *Kopftetanos* des Allemands, forme spéciale très grave, sur laquelle on a récemment attiré l'attention de la Société de chirurgie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dangers du vésicatoire chez les enfants.

Les armes que nous offre l'arsenal thérapeutique sont souvent à deux tranchants ; et leur usage exige, de la part du médecin, beaucoup de prudence et beaucoup de dextérité. Les dangers inhérents à l'emploi de certains agents médicamenteux sont d'autant plus grands que les patients sont plus jeunes et plus débiles.

On ne saurait trop répéter que le *vésicatoire* est un de ces agents qu'il faut manier, en médecine infantile, avec une extrême circonspection. Le regretté Archambault, dont personne ne récusera l'expérience et le sens clinique, terminait ainsi une leçon sur l'emploi des vésicatoires chez les enfants (1) : « *Si je suis encore dans le doute au sujet des bons effets que j'ai cru pouvoir attribuer aux vésicatoires dans quelques rares circonstances, ma conviction est absolument faite sur leur mauvaise influence dans un très grand nombre de cas, et, d'une manière plus concise, je ne suis pas sûr de leur avoir jamais vu faire de bien, mais je suis bien certain qu'ils ont souvent fait beaucoup de mal.* »

Ces paroles devraient rester gravées dans l'esprit de tous les praticiens ; elles rendraient de signalés services à ceux qui ne sont pas familiarisés avec la thérapeutique infantile. Le vésicatoire est un remède si populaire, qu'il s'emploie, avec ou sans l'assentiment du médecin, à tort et à travers. Tous les jours nous voyons, au dispensaire de la Villette, des enfants qui portent au bras une plaie de vésicatoire soigneusement entretenue. Les parents qui, de leur chef, soumettent leurs enfants à cet exutoire répugnant, s'étonnent de mon opposition et font fi de mes sarcasmes. Ils restent persuadés, avec les médecins d'un autre âge, que leur initiative a détourné, de la tête de leurs enfants, une foule de maladies dangereuses. Combien de temps ne faudra-t-il pas pour déraciner ces abus qui sont le fruit des théories humorales des siècles précédents ? L'emploi traditionnel du vésicatoire permanent dans les cas de *gourmes*, de scrofulides cutanées ou muqueuses, d'écrouelles, etc., a des inconvénients ; il entretient une plaie suppurante qui épuise les enfants et fait naître souvent les éruptions eczémateuses et impétigineuses qu'il a pour but de prévenir ou de guérir. Nous avons vu, dans quelques cas, des eczémas généralisés qui avaient pour point de départ une plaie vésicante du bras. Cette pratique a donc de grands inconvénients ; mais elle n'a pas de dangers sérieux, elle ne compromet pas l'existence. Au contraire, dans certaines maladies aiguës de l'enfance, l'usage intempestif ou immodéré du vésicatoire peut entraîner la mort. Tout le monde sait que le vésicatoire est absolument contre-indiqué dans la diphthérie, quel qu'en soit le siège et quelle qu'en soit la forme ; il est interdit même dans les cas où la diphthérie est possible, sans être avérée. Les angines et les laryngites, même simples, empêcheront de songer au vésicatoire, alors même qu'il pourrait être indiqué par quelque manifestation viscérale. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point et nous dirons : Le médecin, qui prescrit un vésicatoire chez un enfant atteint ou soupçonné de diphthérie, est coupable.

Mais il existe bien d'autres contre-indications du vésicatoire chez les enfants. Il est une contre-indication générale tirée, non de la maladie, mais du milieu et des conditions ambiantes, qu'il faut mettre en relief.

Comme l'avait parfaitement remarqué le Dr Archambault, le vésicatoire expose à des dangers réels les enfants soignés à l'hôpital, parce qu'il ouvre une porte à des infections diverses. Des inflammations graves, le sphacèle, la pourriture d'hôpital, la diphthérie cutanée, peuvent se greffer sur la plaie du vésicatoire. Faut-il ajouter l'action exercée sur les reins, les bassinets et la vessie par l'élimination de la cantharide ?

Nous croyons donc, avec Archambault, que le vésicatoire doit être banni des hôpitaux d'enfants. En ville, l'usage ne peut être proscrit, mais il doit être sagement réglementé. Ses dimensions seront réduites au quart ou au cinquième de ce qu'elles sont chez l'adulte, et la durée d'application ne devra pas excéder 1 heure, 2 heures ou 3 heures, suivant l'âge des enfants. On aura la précaution de placer, entre la peau et l'emplâtre, un papier huilé qui entravera l'absorption des cantharides et, pour faciliter la vésication, on se servira d'un cataplasme d'amidon. Quand on prescrira un vésicatoire chez les enfants, on devra donc insister sur la *dimension* et sur la *durée d'application* ; négliger ces détails de pratique serait commettre une faute qui pourrait avoir de graves conséquences. Voici un exemple instructif à cet égard :

Le 24 décembre 1886, on me conduisait, au dispensaire de la Société philanthropique, une petite fille de 2 ans, atteinte d'une double broncho-pneumonie consécutive à la rougeole. Cette enfant, bien portante et vigoureuse avant l'apparition de la rougeole (trois semaines auparavant), était tombée dans un véritable état cachectique dû, pour une part, à la broncho-pneumonie, et, pour l'autre part, à deux énormes vésicatoires qui, par l'étendue et la durée d'application, avaient été funestes. Coup sur coup, dans l'espace de 24 heures, le médecin appelé à voir l'enfant au huitième jour de sa rougeole, avait prescrit deux vésicatoires camphrés, le premier dans la fosse sous-épineuse gauche et le second dans la fosse sous-épineuse du même côté. Ce dernier était aussi grand que la main ; la durée d'application avait été de 4 heures pour le premier vésicatoire et de 6 heures pour le second ; pansement avec cérat et papier brouillard, dans un milieu relativement propre et aisé où l'enfant était entouré de soins. Ce n'est qu'en pré-

(1) *Progrès médical*, 1882, n° 21.

PUBLICATIONS
DU
Progrès Médical

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
D'ANATOMIE MÉDICALE
DU
SYSTÈME NERVEUX
PAR
Le D^r Ch. FÉRÉ

Un fort volume in-8° de 496 pages avec 204 figures intercalées dans le texte; prix, **10** fr. — Pour nos abonnés: prix, **7** fr.

HYSTÉRIE ET TRAUMATISME

PARALYSIES, CONTRACTURES, ARTHRALGIES, HYSTÉRO-TRAUMATIQUES
Par le Dr Paul BERBEZ

Un vol. in-8° de 127 p.— Prix, **3** fr. **50**
Pour nos abonnés, **2** fr. **75**.

BOURNEVILLE, BUDOR, DUBARRY, LEFLAIVE et BRICON. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1885. — 1 vol. in-8 de LXXVIII-182 p., avec onze figures, cinq planches et un plant — Prix : 6 fr. Pour nos abonnés, prix : 4 fr.

BLANCHARD (R.). Les Universités allemandes. Un volume in-8° de 268 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

sence de la persistance et de la gravité des accidents, que les parents, faisant une infidélité à leur médecin ordinaire, sont venus demander une consultation gratuite. Les plaies laissées par les vésicatoires, quinze jours après l'application, avaient un aspect horrible; elles figuraient deux grandes escharres noirâtres et sanieuses, analogues aux brûlures profondes, entourées d'une peau détachée, rouge et douloureuse au toucher. Etat général très grave, fièvre vive, sécheresse de la langue; pas de sphacèle à la vulve ni à la bouche. Le 27 décembre, l'enfant succombe après avoir eu des convulsions.

Il est certain que, dans ce cas, les vésicatoires destinés à enrayer la broncho-pneumonie morbilleuse, ont été pires que le mal et n'ont fait que précipiter la mort. Un enseignement utile peut être tiré de ce cas malheureux. Je ne parle pas de l'abus évident (dimensions trop grandes, durée d'application excessive) qui a été fait du vésicatoire. La question est plus haute; il s'agit de savoir si la rougeole ne contre-indique pas l'emploi, même modéré, de cet agent. Nous sommes en présence d'une maladie qui, dans les classes pauvres, cause une mortalité élevée par les complications auxquelles elle expose. Elle ouvre la porte, à l'hôpital et même en ville, à la tuberculose pulmonaire, à la broncho-pneumonie, au noma, à la gangrène de la vulve et à d'autres maladies infectieuses.

La rougeole met l'organisme de l'enfant dans les conditions les plus favorables à la culture et à la pullulation des germes pathogènes qui l'entourent. Ne l'oublions pas, quand nous aurons la tentation de prescrire un vésicatoire chez un enfant atteint ou convalescent de rougeole. Le bénéfice du vésicatoire est trop incertain pour balancer les risques d'une plaie ouverte; je sais bien qu'on peut atténuer ces risques par l'antisepsie; je préfère l'abstention, que je sais innocente, à l'attirail coûteux de l'antisepsie.

L'emploi des vésicatoires dans la rougeole offre donc des dangers certains; après la diphthérie, c'est la maladie aiguë qui me semble la plus intolérante pour le vésicatoire. D'ailleurs, il faut être extrêmement sobre de vésicatoires dans toutes les maladies aiguës de l'enfance. Si l'on veut faire de la révulsion locale, que n'a-t-on recours aux agents qui n'entament pas la peau, à la teinture d'iode, par exemple, qui, à tout âge et dans toutes les circonstances, peut être employée sans danger? La crainte de l'absorption de l'iode par la surface cutanée a été, pour le moins, exagérée par M. Jules Simon dans ses conférences de clinique et de thérapeutique infantile. On peut répéter impunément, même chez les enfants à la mamelle, les badigeonnages iodés, à la condition d'en suspendre l'usage quand la peau est irritée.

Si les avantages du vésicatoire sont contestables et si les dangers qu'il fait courir ne le sont pas dans la plupart des maladies aiguës de l'enfance, il n'en est pas de même dans certaines affections chroniques et locales. Les chirurgiens savent, et nous n'irons pas contre leur opinion, que le vésicatoire rend de réels services dans les tumeurs blanches peu avancées et dans quelques autres maladies du squelette. Nous avons eu souvent recours au vésicatoire dans la tuberculose pulmonaire chronique des enfants. Mais déjà, dans les cas de phthisie pulmonaire, comme dans les cas de tumeurs blanches, nous nous trouvions en présence de sujets appartenant à la seconde enfance qui tolèrent le vésicatoire presque aussi bien que les adultes. Le vésicatoire est dangereux surtout dans la première enfance; dans la seconde enfance, en dehors des contre-indications spéciales, il n'est dangereux que pour les sujets affaiblis et cachectiques.

Les reproches que nous avons faits au vésicatoire, nous les adresserons également à l'emplâtre de thapsia et à tous les topiques qui irritent violemment la peau. Il faut respecter la peau des enfants et graduer les actions cutanées comme on gradue toutes les actions thérapeutiques, suivant l'âge des sujets. De même que les médicaments actifs sont prescrits chez les enfants à des doses minimes qui doivent être doublées, triplées ou quadruplées chez les adultes, de même la révulsion cutanée doit être réglée proportionnellement à l'âge. On use largement de la *vésication* à l'âge adulte; la *rubéfaction* suffira en médecine infantile. Voilà pourquoi, dans la première enfance, au vésicatoire, nous préférons la teinture d'iode, le sinapisme ou même les simples frictions sèches.

Si nous insistons beaucoup sur ces détails de pratique élémentaire et journalière, c'est que nous avons ou nous convaincre qu'ils étaient trop souvent négligés ou méconnus. Malgré l'enseignement de maîtres plus autorisés que nous, tous les médecins n'attachent pas, à ces détails, l'importance qu'ils méritent. La routine préside souvent aux décisions médicales; elle règne chez nous comme ailleurs et nous ne lui attribuons pas toujours les malheurs qu'elle a causés. En prescrivant sommairement, dans un cas donné, un vésicatoire, nous sommes parfaitement tranquilles sur le résultat de cette médication traditionnelle, et, si l'enfant ainsi traité meurt d'une diphthérie cutanée ou d'une gangrène, nous sommes peu portés à nous accuser nous-mêmes et nous n'aimons pas les remords.

Il n'est donc pas mauvais de répéter, de temps à autre, quelque bonne leçon qui nous mette en garde contre nous-mêmes. Méditons les sages paroles du Dr Archambault que nous rappelions au début de cet article, et, quand nous voudrons appliquer un vésicatoire chez un jeune enfant, ne craignons pas, comme il le conseille, de pécher par excès de prudence. « *J'étais surpris*, dit Archambault, *de voir un de mes anciens maîtres prescrire des vésicatoires qui me paraissaient d'une petitesse extrême. En en ordonnant un grand* (me dit-il), *je ne suis pas très sûr de faire du bien et je puis faire du mal. Avec un tout petit, je n'ai pas à craindre ce dernier inconvénient.* » Dr J. Comby.

L'Université de Paris en 1885-86.

D'un rapport adressé par le Conseil général des Facultés de Paris au Ministre de l'Instruction publique on peut extraire les renseignements suivants qui intéressent les médecins et les hommes de science.

Sur 10,679 étudiants qu'il y a à l'Université de Paris, on en compte 3,696 pour la médecine, 467 pour les sciences, 1,767 pour la pharmacie. Il y aurait au total 167 femmes étudiantes: 108 en médecine, 1 en droit, 7 en sciences; *pas une en pharmacie*, comme nous le

faisions remarquer dans un précédent article (1). Les étrangers sont au nombre de 533 pour la médecine, 58 pour les sciences, 21 pour la pharmacie. Dans ce rapport on insiste aussi sur le zèle des étudiantes et sur leurs succès aux examens pour les sciences et les lettres comme pour la médecine.

Les élèves en médecine, comme les autres, doivent, dit le rapporteur, être divisés en deux catégories : ceux qui travaillent d'une façon assidue, ceux qui travaillent peu ou point; les premiers travaillent très bien, ainsi qu'en témoigne le mouvement des livres dans les bibliothèques. Il a noté que le mouvement de nos bibliothèques universitaires est aussi actif que celui des plus célèbres Universités étrangères. Il le serait bien davantage encore si les bibliothèques étaient mieux fournies, possédaient rapidement les livres récemment parus et les journaux scientifiques qui se publient en si grand nombre aujourd'hui en Europe et en Amérique. Tout ce qui se passe de l'autre côté de l'Atlantique, on peut bien le dire, nous est presque inconnu en ce qui concerne les sciences en général et la médecine en particulier. On ne trouve pas dans nos bibliothèques universitaires les travaux qu'à chaque instant les étudiants laborieux, désireux de se rendre compte des progrès de la science et des découvertes qui ont lieu dans le monde entier, ont besoin de consulter. La Bibliothèque Nationale elle-même, en matière de livres de science au moins, pourrait être plus pourvue qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Citons encore quelques-uns des vœux formulés par différentes Facultés. L'Ecole de Pharmacie entre autres, réclame la suppression des pharmaciens de seconde classe et des herboristes. M. Friedel, professeur à la Sorbonne, président de l'Association française pour l'avancement des sciences au dernier Congrès de Nancy, a exprimé en outre un vœu, dont l'importance n'échappera à personne, et puisqu'il concerne les étudiants en médecine plus spécialement encore que les autres, il est utile de le faire connaître. M. Friedel demande « *qu'il soit permis d'échanger deux ans de services militaires en temps de paix contre deux années d'études* employées à se rendre capable *de servir l'Etat.* » Il ne s'agit pas là d'une demande d'exemption de service militaire et le rapporteur a eu bien raison d'insister sur ce point délicat. MARC. B.

Mort de M. Vulpian.

La science médicale française vient d'être éprouvée d'une manière cruelle. M. le professeur VULPIAN, ancien doyen de la Faculté de médecine, vient de succomber en quelques jours à une pneumonie infectieuse. Nous rendrons, dans quelques jours, à sa mémoire l'hommage qui lui est dû.

---

(1) Voir *Progrès médical* n° 1, 1887. Nous le répétons, la *pharmacie* est peut-être la seule profession libérale qui puisse jamais permettre à une femme de *vivre* de son travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE (*Suite*).

Séance du 5 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. HALTENHOF.

Notation de l'astigmatisme. — M. PARENT, rapporteur de la commission nommée pour étudier la notation de l'astigmatisme, lit le rapport préparé sur ce sujet.

Dans sa séance du 2 mai 1887, la Société d'ophtalmologie a chargé une commission, formée de MM. Javal, G. Martin et Parent, de lui faire des propositions relativement à la notation des verres correcteurs de l'astigmatisme. Cette commission s'est réunie aussitôt. Il a suffi d'une courte délibération pour arriver à une entente qui s'est faite, non point par voie de concessions réciproques, mais à l'unanimité sur tous les points. M. Parent a été alors chargé de faire un rapport qu'il a soumis à ses collègues G. Martin et Javal; de plus, MM. Gariel, professeur de physique à la Faculté de Paris; Leroy, bien connu par ses travaux mathématiques d'optique physiologique; Haltenhof, de Genève, et Geo.-J. Bull (de New-York), ces deux derniers de passage à Paris, ont été consultés et ont donné une adhésion complète aux conclusions de la commission.

A) *Faut-il, pour les deux yeux, prendre des notations identiques, ou n'est-il pas préférable de les prendre symétriques?* Il est évident que pour ceux qui font une étude théorique de l'astigmatisme, une notation symétrique serait plus agréable. Les arguments en faveur de cette annotation ont été déduits avec force par Knapp, en 1886, dans un article consacré à la question qui nous occupe (Arch. f. Augenheilkunde, t. XVI, p. 195), et il n'est pas douteux qu'à cause de la position respective affectée généralement par les méridiens des deux yeux de la même personne, par rapport à la ligne médiane du corps, la notation symétrique serait plus satisfaisante pour l'esprit et donnerait même une sécurité additionnelle à l'oculiste, auquel elle signalerait aussitôt les cas où la symétrie des méridiens fait plus ou moins défaut.

Mais d'autre part, la notation symétrique obligerait à munir les ophtalmomètres, ophtalmoscopes, optomètres, cadrans horaires d'une double division, qui serait une cause perpétuelle d'erreurs au détriment des malades. L'inconvénient serait plus grave encore chez les opticiens, qui ne pourraient plus placer un verre dans sa monture de lunettes ou de pince-nez sans avoir à réfléchir s'il s'agit d'un œil droit ou gauche.

Cette dernière considération a paru déterminante et nous avons été unanimes à rejeter, bien qu'à regret, le système plus séduisant de la notation symétrique et nous vous proposons de décider que : *la graduation des instruments sera identique pour les deux yeux.*

B) *La graduation doit-elle être continue?* Sans nul doute; le système proposé par un très petit nombre d'auteurs et qui consisterait à compter pour chaque œil des angles positifs ou négatifs suivant que les méridiens principaux s'éloigneraient des positions perpendiculaires dans un sens ou dans l'autre, doit être rejeté comme constituant à la fois une complication et une cause d'erreurs : *La graduation doit être continue.*

C) *Où faut-il placer le zéro?* — Supposons qu'un sujet affecté d'astigmatisme conforme à la règle et de myopie s'éloigne d'un cadran horaire jusqu'à ce qu'un seul diamètre soit vu nettement; on sait que, dans ce cas, c'est le diamètre vertical qui subsistera le dernier. Si donc, *sur le cadran*, nous marquons des degrés, c'est aux extrémités de la ligne verticale que nous inscrivons tout naturellement 0° et 180°. Si nous agissons ainsi, il en résultera que la notation zéro appartiendra à l'œil que nous avons choisi pour type et que l'œil dont le méridien le plus réfringent serait horizontal sera noté 90°.

On aurait pu adopter la convention contraire, mais il en résulterait que la notation 90° aurait été affectée au cas le plus fréquent, celle de 0° étant réservée au cas relativement plus rare. Nous n'hésitons pas à vous proposer de *placer le zéro à l'horizontale de telle sorte que ce chiffre appartienne aux yeux dont le méridien vertical est le plus réfringent.*

D) *Dans quel sens faut-il faire marcher la graduation?* C'est sur ce point que le doute est permis. Tant qu'on ne fait que des

examens subjectifs, il est évident que la division devra être faite dans le sens *direct*. (Nous empruntons aux astronomes cette expression qui veut dire que la graduation a lieu dans le sens suivi par les aiguilles d'une montre.)

Reprenons le cadran horaire. Si un malade myope qui s'en éloigne aperçoit nettement en dernier le diamètre qui va de I à VII, puisque nous avons mis 0° à midi, nous devons mettre maintenant 30° et non pas 150°. Si la notation contraire a été employée par quelques-uns, cela ne pourrait avoir d'excuse que si c'était par des observateurs qui se livrent à des mesures objectives et qui mesurent les angles eux-mêmes au lieu de se les faire indiquer par les malades.

De plus, avec la graduation en sens *direct*, il y aura moins d'erreurs chez l'opticien qui, pour la mesure des angles, pourra se servir des rapporteurs du commerce, lesquels sont gradués dans ce sens dans le monde entier. Enfin cette graduation est adoptée depuis plus de dix ans par l'unanimité de nos confrères de l'Amérique du Nord, à la suite d'une discussion provoquée par M. Noyes au sein de la Société ophtalmologique de New-York.

Il faudrait être animé d'un singulier esprit de contradiction pour vouloir faire, dans notre hémisphère, tout le contraire de ce que nos confrères de l'autre hémisphère pratiquent depuis si longtemps sans inconvénient et nous vous proposons de décider que : *la graduation des instruments sera faite dans le sens direct par rapport aux malades;* (ce qui revient à la faire dans le sens inverse par rapport au médecin supposé en face du malade.)

E) *Comment devra-t-on figurer la notation des lunettes?* Après tout ce qui précède, il reste encore une convention à faire pour la notation des lunettes. Supposons une monture d'essai, dont la demi-circonférence inférieure forme un limbe destiné à recevoir la graduation. Plaçons le 0 à l'extrémité droite du limbe, par rapport au malade, et continuons jusqu'à 180°, la division 90 se trouvant au point le plus bas du demi-cercle. Si, dans cette lunette, nous plaçons un verre cylindrique concave, il arrivera que l'axe de ce verre marquera le degré voulu de la division en conformité des décisions A, B, C et D, qui précèdent. Par exemple, pour la stigmate du paragraphe D, dont le méridien le plus réfringent fait un angle de 30° en haut et à droite avec la verticale, le verre correcteur cylindrique concave se placera de sorte que son axe marquera 30 sur le limbe de notre lunette.

Mais on sait que pour le même œil si l'on veut faire la correction au moyen d'un cylindre convexe, il faut placer ce dernier à angles droits avec le précédent, ce qui ferait 120°; c'est de cette manière que nous vous proposons de procéder, et il en résultera que les notations angulaires de lunettes ne concorderont avec les notations angulaires ophtalmométriques que dans le cas où il s'agira de cylindres concaves.

Quant à la notation elle s'établirait ainsi; on écrirait d'abord la lettre D ou S pour désigner l'œil, puis on noterait successivement l'angle, le verre cylindrique et le verre sphérique; par exemple on écrirait D 30° — 2 — 1, ou bien, si l'on préfère inscrire d'abord le verre sphérique, on noterait le même œil D — 1 — 2 30°. L'ordre suivi n'importe pas; mais il faut de toute nécessité commencer ou finir par l'angle et ne pas l'inscrire au milieu, car alors l'opticien saura toujours que l'angle s'applique au plus voisin des deux autres chiffres.

Conclusion générale : La lunette d'essai sera graduée dans le sens direct par rapport au malade, le zéro étant à sa droite si la graduation est sur le demi-cercle inférieur, et à sa gauche si la graduation est sur le demi-cercle supérieur. Pour les cylindres, concaves ou convexes, on notera simplement le chiffre auquel correspond l'axe du cylindre correcteur placé dans la lunette,

M. LANDOLT. — La formule de notre commission manque de clarté, et je crois qu'elle ne vaut pas celle qui est adoptée par un assez grand nombre d'entre nous et dont le principe se trouve représenté dans la figure rayonnée si connue de Snellen. M. Landolt indique en détail cette méthode. Néanmoins je ne ferai pas de proposition, car je ne veux en aucune façon imposer cette méthode et notre manière de voir, surtout en présence de celle que viennent d'exprimer des confrères plus compétents que moi en la matière.

Ce que je dis est uniquement pour vous faire remarquer qu'il sera peut-être difficile de nous faire abandonner un mode de notation de l'astigmatisme, qui nous semble décidément plus simple, plus clair et plus pratique que celui que nous propose la commission. En tous les cas, il serait peut-être préférable de ne pas précipiter vos décisions. Bornez-vous pour cette année à publier votre rapport; celui-ci serait étudié dans le courant de l'année qui va venir, et au prochain congrès on prendra une décision qui aura d'autant plus de chance de réussir qu'elle aura été adoptée à la suite d'une discussion faite en connaissance de cause.

M. VACHER (Orléans). — La proposition de M. Landolt est d'autant plus rationnelle que tous les membres de la commission se servant de l'ophtalmètre de Javal, il n'a pu se produire dans son sein aucune des objections qu'auraient pu faire les partisans de principes contraires.

M. JAVAL. — Lorsque nous nous sommes réunis, nous avons fait spontanément la remarque de M. Vacher, et c'est alors que nous avons consulté un certain nombre de personnes compétentes, M. Gariel, entre autres, qui est désintéressé dans la question, puisqu'il ne fait ni optométrie, ni ophtalmométrie.

PLUSIEURS MEMBRES. — Oui, mais il ne prescrit pas de verres de lunette.

M. JAVAL. — Dans une pareille question, l'avis d'un théoricien était fort utile, et c'est pour cela que nous l'avons pris, mais M. Gareil n'était pas seul; nous avons également consulté des étrangers tels que MM. Haltenhof (de Genève) et Bull (de New-York), afin de savoir ce qui se passait chez eux, et, à l'heure actuelle, nous sommes tout disposés à discuter la question avec M. Landolt et tout autre, convaineus que nos arguments ont une telle force qu'ils ne peuvent manquer de les adopter. Pour cela, il suffit de renvoyer la discussion à la prochaine séance.

M. LANDOLT.—La commission a travaillé très consciencieusement, et elle nous apporte des conclusions qui prouvent qu'elle a réfléchi longuement sur cette question. Je doute fort que nous puissions arriver à une entente dans de pareilles conditions, et je persiste à croire qu'il vaut mieux ajourner la discussion jusqu'après une étude approfondie faite par chacun de nous.

M. JAVAL. — Je ne crois pas que nous aurons tant de difficultés pour nous entendre, et comme l'ajournement équivaut le plus souvent à un rejet, je demande encore une fois que l'on statue dans cette session.

M. PARENT. — Je suis un peu de l'avis de M. Landolt, il n'y a pas de péril en la demeure, et l'on peut fort bien remettre à l'année prochaine.

M. GORECKI. — Je proposerais volontiers une adoption provisoire. Cela permettra de mettre à l'essai la formule proposée, et de l'adopter ensuite en connaissance de cause,

M. ARMAIGNAC développe une proposition tendant à faire adopter le cadran horaire comme base de la notation.

M. JAVAL. — Cette notation est celle proposée par la commission. Mais la question en ce moment n'est pas là. Il s'agit de savoir si ce que nous proposons sera adopté cette année ou si l'on veut renouveler pour l'astigmatisme, ce qui s'est déjà produit pour les dioptries, c'est-à-dire renvoyer pendant des années la question de congrès en congrès avant d'aboutir.

Je demande qu'il en soit autrement. La question est de la plus haute importance, elle intéresse le monde entier, et pourtant elle est d'une extrême simplicité, puisqu'il s'agit simplement de s'entendre sur la question de savoir si l'on devra partir de droite ou de gauche. Rien n'empêche par conséquent d'étudier de nouveau le rapport jusqu'à demain, et, si à ce moment nous ne pouvons nous entendre, il sera toujours temps d'ajourner.

M. MEYER. — Je me rallie à la proposition de M. Javal, j'ajoute même qu'adversaire de la commission, je serai heureux de voir s'il n'est pas possibl de s'entendre avec elle.

(La proposition de renvoi est adoptée, MM. Meyer et Landolt sont adjoints à la commission.)

Importance des médications locales en thérapeutique oculaire. — M. ABADIE. — Depuis qu'il est démontré que la plupart des maladies ont une origine microbienne, la thérapeutique subit une transformation complète.

Jadis on se préocupait surtout de la constitution du sujet, de la puissance de réaction de l'organisme. A l'heure actuelle, il n'en est plus ainsi. Tout en tenant compte dans une certaine mesure de la nature du terrain sur lequel évolue l'élément pathogène, c'est surtout cet élément que l'on vise et que l'on cherche à détruire. De là une révolution complète dans les procédés de la thérapeutique. Même dans le traitement des maladies réputées jusqu'ici comme diathésiques et constitutionnelles, la médication locale prend une importance de plus en plus grande.

Comme e emple frappant de ce que j'avance, je citerai la ma-

nifestation la plus grave de la scrofule, le lupus de la face. Jadis, malgré les médicaments dits toniques ou antiscrofuleux, cette cruelle maladie s'éternisait et exerçait d'affreux ravages; aujourd'hui, elle est facilement enrayée par les scarifications et les cautérisations au galvano-cautère. La thérapeutique oculaire doit profiter de ces données nouvelles. Grâce à l'emploi de la cocaïne, les applications topiques à la surface de l'œil sont bien supportées.

Aucun ophtalmologiste ne me contredira si je proclame les merveilleux effets de la pommade au précipité jaune dans les ophtalmies scrofuleuses de l'enfance. Eh bien, il est permis d'espérer que nous trouverons aussi d'autres substances médicamenteuses susceptibles d'être employées localement et douées de puissances curatives d'un autre ordre. J'ai déjà fait dans ce sens quelques tentatives qui semblent devoir être fructueuses.

J'ai incorporé l'iodoforme à la lanoline, dont on connaît le grand pouvoir de pénétration, et, dans quelques cas qui s'étaient montrés absolument rebelles à tous nos anciens traitements (tuberculose de l'iris), j'ai obtenu, par des massages journaliers de l'œil avec cette pommade, des résultats inespérés, alors que l'énucléation paraissait la seule ressource.

Dans les maladies de la choroïde, qui réclament si souvent la médication mercurielle, les massages avec la lanoline contenant des sels de mercure permettront de les faire pénétrer dans l'épaisseur des membranes oculaires, où leur action curative sera peut-être plus grande. L'on comprend qu'il y a là tous les éléments d'une méthode thérapeutique nouvelle qui promet d'être fertile en bons résultats, si l'on en juge par ceux qui ont été déjà obtenus.

M. Wecker. — Les affections tuberculeuses de l'iris ne nécessitent pas forcément l'énucléation. Il y a cinq ans, j'ai vu une enfant atteinte de cette affection, je me suis opposé à l'énucléation et l'événement m'a montre que j'avais raison, puisque la maladie a rétrocédé.

M. Vanneman (de Louvain). — Il est assez étonnant de voir le succès obtenu par M. Abadie, alors que l'on tend à enlever à l'iodoforme toute valeur antiseptique et à la lanoline toute valeur comme support de médicament.

M. Abadie. — Je suis d'accord avec M. Wecker; toute tuberculose de l'iris n'implique pas forcément l'énucléation, mais en ce qui concerne un de mes malades, elle paraissait indiquée parce qu'aucun médicament n'avait produit d'amélioration. Les propriétés antiseptiques de l'iodoforme ont été niées, cela est vrai, mais uniquement à la suite d'expériences de laboratoire.

Quant à la clinique, elle proclame toujours les effets antiseptiques puissants de cette substance, ainsi que cela a été démontré au dernier congrès des chirurgiens de Berlin. Mon cas vient confirmer cette manière de voir. En ce qui concerne la propriété de pénétration que possède la lanoline, il est facile de les constater sur soi-même. Frottez le dos de votre main avec cette substance, et vous ne tarderez pas à la voir disparaître, contrairement à ce qui se passe pour tout autre corps gras.

Sur la pilocarpine. — M. Darier (de Paris). — La pilocarpine en injections sous-cutanées produit en quelques minutes chez les amblyopes par intoxication, une amélioration très notable de l'acuité visuelle et quelquefois une disparition momentanée du scotome central pour le vert et le rouge. Dans les atrophies grises avérées des nerfs optiques nous n'avons jamais observé que la pilocarpine améliorât en rien l'acuité visuelle ni qu'elle modifiât en rien la dyscromatopsie ni le champs de vision. Cette épreuve par la pilocarpine peut donc constituer un précieux moyen de diagnostic différentiel entre les atrophies des nerfs optiques et les amblyopies avec décoloration plus ou moins accusée des papilles.

L'amélioration de la vue produite par la pilocarpine chez les amblyopes n'est d'abord que de courte durée, mais en répétant les injections pendant plusieurs jours, on arrive toujours si ce n'est à une guérison complète, du moins à une amélioration très grande de la vision. Nous considérons donc les injections de pilocarpine comme le plus sûr traitement des ambliopies toxiques. Elle est en tous les cas bien préférable à l'hyoscine dont l'injection peut provoquer quelque accident.

La pilocarpine n'agit pas seulement comme agent éliminateur, elle agit aussi comme stimulant des éléments sensoriels de l'œil et de l'appareil accomodateur, ainsi que le prouvent les expériences faites sur les ammétropes, les myopes, les hypermétropes et dans les cas de paralysie de l'accommodation.

M. Dianoux. — J'ai fait de nombreuses injections de pilocarpine et j'ai constaté que chez quelques malades ces injections provoquaient un ténesme vésical considérable. Or, ces malades étaient presque toujours des tabétiques.

M. Coppez. — Il y a quelque temps, un de mes malades reçut par erreur une injection de 2 centigr. d'atropine. Pour parer aux accidents extrêmement graves produits par cette injection, j'ai injecté de la pilocarpine, et ces injections ont dû être portées jusqu'à 30 centigr. pour neutraliser l'atropine. Dans ces conditions, l'effet toxique de la dose énorme de pilocarpine qui dût être injectée a été nul. Des expériences ultérieures m'ont démontré qu'un demi-milligramme d'atropine détruit, en moins de deux minutes, l'effet de trois centigrammes de pilocarpine.

M. Suarez. — J'ai observé des convulsions cloniques épouvantables à la suite de l'injection de 3 cent. 1/2 de pilocarpine.

M. Poncet. — Chez les albuminuriques, la pilocarpine ne doit être employée qu'avec la plus grande prudence, parce qu'elle provoque chez ces malades des congestions parfois suffisantes pour amener des hémorragies rétiniennes.

M. De Lacroix. — On peut faire supporter des doses considérables de pilocarpine, mais à une condition, c'est que l'on reste constamment près du malade, et qu'on injecte le médicament goutte par goutte. On laisse un long espace de temps entre l'injection de chaque goutte, de façon à attendre que l'effet produit par le médicament ait disparu. Dans ces conditions, on peut arriver à injecter sans inconvénients des doses énormes du médicament.

M. Gillet de Grammont. — J'ai publié jadis un certain nombre de cas d'atrophies guéries par la pilocarpine. Je crois que quelques-uns de ces cas doivent être retranchés de la statistique, mais le résultat reste bon pour les autres.

On a dit que la pilocarpine relevait l'acuité visuelle des atrophiques en leur donnant une accommodation plus étendue, c'est possible, mais cette substance agit également en réveillant la circulation rétinienne. Il se passe du côté des vaisseaux de la rétine un phénomène analogue à celui que l'on observe dans les vaisseaux des glandes, et qui aboutit à l'hypersécrétion de ces glandes.

M. Maklakof. — Je crois que la pilocarpine agit sur les vaisseaux de la chorio-capillaire, bien plus que sur les vaisseaux rétiniens. Cette substance, en effet, produit une hypertonie du globe, indice d'une sécrétion exagérée de la chorio-capillaire et par contre l'examen opthalmoscopique pratiqué à ce moment ne révèle aucune hypérémie rétinienne.

M. Trousseau. — Je vais défendre l'hyoscine attaquée par M. Darier. Je n'ai jamais eu d'accidents après les instillations d'une solution à 1 centigramme pour 10 grammes d'eau, et pourtant j'ai usé du médicament sur plus de 210 malades. J'ai actuellement en traitement un individu atteint d'iritis et aujourd'hui presque guéri à qui j'ai fait instiller l'hyoscine 3 et 4 fois par jour, sans aucun inconvénient. L'alcaloïde me paraît être un excellent mydriatique.

M. Darier. — A la dose indiquée par M. Trousseau, le médicament est en effet inoffensif, mais la dose indiquée par Gley e Rondeau est plus élevée.

Séance du 6 mai 1887. — Présidence de M. Teillais

Notation de l'astigmatisme. — M. Landolt, au nom de la minorité de la commission, lit le contre-projet suivant : Messieurs. A la suite de la discussion sur la notation de l'astigmatisme, la société d'ophtalmologie a prié MM. Meyer et Landolt de se joindre à la commission chargée d'étudier cette question, afin d'essayer d'arriver à une entente sur les diverses méthodes proposées.

Une longue et amicale délibération a eu lieu entre MM. Javal et Martin de la commission primitive, et les deux nouveaux membres. Toutefois ces deux derniers n'ont pas pu se convaincre de l'avantage absolu du mode de notation proposé.

Ils lui trouvent les principaux inconvénients suivants : 1° On se représente difficilement les angles dépassant 90° ; 2° Les chiffres de cette notation n'indiquent pas la symétrie ou les écarts de symétrie des méridiens occulaires ; 3° Il n'est pas pratique de compter les méridiens de l'œil et la direction des verres cylindriques suivant deux systèmes différents, l'un ayant son point zéro à l'extrémité supérieure de la verticale, l'autre sur l'extrémité droite de l'horizontale; 4° La notation proposée manque de clarté et de netteté. Elle nécessite impérieusement une explication assez longue pour être comprise ; ce qui nous exposera toujours à des erreurs et des malentendus.

Deux membres sur cinq de la commission se rallient donc au mode de notation exposé par M. Landolt qui part de la ligne

médiane comme zéro et marque l'inclinaison du méridien de l'œil aussi bien que celui du cylindre correcteur des deux côtés, jusqu'à 90°. Le sens de l'inclinaison sera indiqué ou par un trait ou par la lettre *n*, lorsque son extrémité supérieure penche vers le nez, d'un *t*, lorsqu'elle penche vers la tempe.

En résumé : Au lieu d'écrire, par exemple, suivant la proposition du comité :

G 165° — 1/2; D 15° — 1/2, formule absolument incompréhensible sans explications, ils proposent d'écrire :

G — 2, avec — cyl. 1. axe 75°.*t*; D : — 2, avec — cyl. 1, axe 75° *t*, formule qui n'a pas besoin de commentaire.

M. Javal. — A la suite de la lecture du rapport qui vous a été présenté hier la commission chargée par vous de l'étude de la notation des verres cylindriques, une discussion s'est produite au cours de laquelle les conclusions de la commission, conformes à la pratique suivie par l'universalité des américains et la majorité de nos compatriotes, ont été attaquées par MM. Landolt et Meyer. Votre commission, tout en se félicilitant de l'appui qui lui a été apporté par MM. Gariel, Vacher, Boucheron, Haltenhof, Bull, Leroy, Armaignac, etc., vous a demandé de lui adjoindre seulement les deux opposants, et ainsi complétée, elle a délibéré de nouveau.

Nous tenons d'abord à vous faire remarquer que ni en séance publique, ni devant la commission, personne n'est venu parler en faveur du système qui consisterait à placer sur le demi-cercle inférieur de la lunette le zéro à gauche pour chacun des yeux du malade. Ce système, peu répandu d'ailleurs, doit donc être définitivement abandonné.

M. Meyer a développé les raisons qui militent en faveur d'une notation qui serait symétrique par rapport à un plan vertical passant par le milieu de la tête du malade et M. Landolt a fait valoir les avantages d'une notation symétrique par rapport à des plans verticaux passant par chaque œil. Il a été convenu que M. Landolt voudrait bien apporter ce matin un rapport à l'appui de ce dernier système.

Malgré l'importance des arguments apportés par MM. Meyer et Landolt en faveur de leurs deux systèmes, nous persistons à préférer celui que nous vous avions présenté hier à l'unanimité. Toutefois, il nous semble que la question n'ayant pas été inscrite à l'ordre du jour, nous aurions mauvaise grâce à solliciter un vote qui pourrait être plus tard incriminé comme étant obtenu par surprise, et nous ne doutons pas du bon accueil que vous ferez l'an prochain à nos propositions. (Marques unanimes d'approbation.)

Étiologie et thérapeutique de la myopie. — M. Galezowski. — D'après l'opinion générale, c'est à l'excès d'application dans les écoles qu'est due l'origine de la myopie.

Cohn (de Breslau) établit, le premier, cette croyance; il résulte, en effet, de ses statistiques, qu'à mesure que les élèves avancent dans les classes, le nombre des myopes augmente. Cette opinion a été confirmée par les statistiques de Derby, d'Erisman, Tchernix, etc. Mais la myopie a une autre cause dont les auteurs n'ont jamais voulu tenir grand compte; c'est l'hérédité. Cohn n'a, en effet, trouvé que 3 0/0 de myopies héréditaires; Loring (de New-York) en a observé 6 0/0.

Malheureusement, ces statistiques n'ont été faites que d'après les enfants des écoles, et c'est là un moyen très incomplet. Pour qu'une statistique de ce genre soit exacte, il faut qu'elle soit basée sur la mensuration du degré de la myopie des individus de tout âge.

C'est ce que j'ai fait sur 4,654 individus, dont 2,680 hommes et 1,974 femmes. Ces nombres se décomposent ainsi, en ce qui concerne le degré de myopie : chez les 3,545 malades, **1,367** de 1 à 2 dioptries; **867** de 2 à 3 dioptries; **401** de 3 à 4 dioptries; **265** de 4 à 5 dioptries; **174** de 5 à 6 dioptries; **100** de 6 à 7 dioptries; **68** de 7 à 8 dioptries; **30** de 8 à 9 dioptries; **71** de 9 à 10 dioptries; **60** de 15 à 20 dioptries; **33** de 20 à 25 dioptries.

Pour l'hérédité, sur ces 4,654 individus, j'en ai trouvé 3,847 dont la myopie était héréditaire. Selon moi, ce n'est pas le travail scolaire qui engendre la myopie, mais il la développe dans un lieu mal éclairé. En dehors de l'hérédité, la myopie peut résulter des affections inflammatoires de la cornée, des pyrexies, des maladies générales, constitutionnelles.

Ces dernières formes de myopie sont concentrées presque toujours dans l'hémisphère antérieur et plus particulièrement dans la cornée. Tantôt ce sont des staphylomes coniques, tantôt c'est une distension générale de la cornée. Pour le premier cas, je fais l'excision d'un lambeau cornéen, semilunaire, distant de 2 millim. 1/2 du centre de la cornée. Sur 22 yeux opérés ainsi, je n'ai eu qu'un seul insuccès, par suite d'une hernie de l'iris et de l'emploi répété de l'atropine qui a amené un glaucome.

Encouragé par le succès de cette opération dans le staphilôme conique, j'ai eu idée. il y a environ dix-huit mois, d'appliquer le même procédé dans la myopie progressive exempte de staphylome conique et de lésions profondes de l'œil. J'ai enlevé un lambeau cornéen semi-lunaire de 4 millimètres de longueur, et après avoir instillé l'ésérine et comprimé l'œil pendant 12 à 18 jours, j'ai obtenu la cicatrisation et une diminution très notable de la myopie.

Discussion. — M. Abadie. — Le procédé de M. Galezowski contre le kératocône représente certainement un progrès. Il m'avait séduit et j'y ai eu recours plusieurs fois. Je dois dire cependant que j'ai eu quelques accidents glaucomateux, par enclavement de l'iris, tenant à l'ouverture de la chambre antérieure. Cela m'a donné l'idée de provoquer simplement, à l'aide du galvano-cautère, une perte de substance, sous forme de sillon, comprenant seulement les deux tiers de l'épaisseur de la cornée. La cicatrisation s'en fait rapidement; on n'a pas les inconvénients que je signalais de l'ouverture de la chambre antérieure, et cependant on modifie avantageusement le rayon de courbure de la cornée.

Quoiqu'il en soit, que l'on ait recours à l'opération de M. Galezowski ou à la mienne, l'une et l'autre peuvent rendre des services dans le kératocône. Mais s'il s'agit de la myopie, c'est une autre affaire. Dans l'immense majorité des cas le rayon de courbure de la cornée n'est pas inférieur à celui des emmétropes. Presque toujours la myopie est due à l'allongement de l'axe antérieur de l'œil. On ne rentre donc pas dans le cas de la cornée conique et ici l'enlèvement d'un lambeau cornéen n'est d'aucune utilité.

M. Cuignet. — Je suis assez disposé à admettre avec M. Galezowski non seulement l'influence de l'hérédité sur le développement de la myopie, mais encore une sorte d'influence de races. En Algérie, par exemple, on ne voit presque jamais la myopie chez les petits arabes bien qu'ils s'adonnent suffisamment aux travaux scolaires et que leur éclairage soit rudimentaire et absolument défectueux. Dans cet ordre d'idées, certains auteurs ont soutenu que la race allemande était prédisposée à la myopie et que cette prédisposition de race était, chez elle, antérieure et supérieure aux influences de scolarité.

Pour ce qui concerne l'opération de M. Abadie contre le kératocône, je ne vois pas bien les avantages qu'il peut y avoir à n'intéresser que les deux tiers de l'épaisseur de la cornée. La cicatrisation doit être plus lente, la cicatrice plus épaisse. L'excision complète donne une plaie plus nette, une cicatrisation plus rapide. Elle a, en outre, l'avantage de diminuer la tension intra-oculaire.

M. Javal. — L'opération de M. Galezowski n'est pas nouvelle. Elle a été pratiquée il y a quatre ou cinq ans par Schjötz sur un malade ayant de l'astigmatisme, suite de cataracte. Elle donna de bons résultats. Quant à l'immunité relative chez les jeunes arabes, elle tient à ce que l'écriture arabe est, typographiquement, bien supérieure à la nôtre, et surtout à ce que le mobilier scolaire des arabes est parfait — puisqu'il n'existe pas ! Les enfants travaillent accroupis, position excellente pour l'exercice de la vision.

M. Gayet. — L'opération de M. Galezowski a été pratiquée en Belgique, il y a 25 ou 30 ans, contre le kératocône. On disait, au début, que les résultats étaient merveilleux; après quoi, et bien vite, il n'en fût plus question.

En ce qui concerne l'opération de M. Abadie, j'ai appliqué, moi aussi, la cautérisation ignée au kératocône. J'eus deux beaux succès, une fois surtout où le cautère, allant plus loin que je ne voulais, avait perforé la cornée. Je crus que ce résultat de hasard était une indication précieuse et je le mis à profit. Or, j'eus ensuite des accidents très graves, notamment des fistules oculaires. A mon avis, toutes ces opérations qui ont pour but d'enlever une partie de la cornée et qui peuvent réussir dans certains cas, sont contre-indiquées lorsque la cornée est amincie, arrivée aux limites de l'irritabilité et tout près de la formation conique.

Pour ce qui est de l'application du procédé à la myopie, je le comprendrais, à la grande rigueur, lorsqu'il y a changement notable de la courbure de la cornée; mais on s'expose aux enclavements de l'iris. S'il s'agit, surtout, des myopes ayant 40 ou 45 ans, l'intervention serait particulièrement grave, car, à cet âge, le glaucôme peut se produire facilement. Et puis, franchement, gagner 2 ou 3 dioptries sur 14, c'est assez peu de chose, trop peu pour faire courir des dangers considérables aux myopes. Le mieux, à mon sens, est de s'abstenir.

Maintenant, je me demande s'il est bien opportun d'émettre, dans un congrès d'ophtalmologistes, cette idée que la scolarité est sans grande influence sur la production de la myopie, et cela à un moment où nous demandons tous aux administrations d'améliorer

le matériel scolaire, précisément pour ménager la vue des enfants et empêcher le développement de la myopie. On ne manquera pas — pour se tirer d'affaire — d'alléguer que nous ne sommes pas d'accord, etc. Je n'insiste pas.

M. Armaignac (Bordeaux). — Je voulais précisément dire ce que M. Gayet vient de dire excellemment. Je demanderai donc seulement à M. Galezowski quel a été, avec son opération, le pourcentage des enclavements de l'iris. A priori, on pourrait penser qu'il doit être assez fort, car nous savons tous avec quelle facilité l'iris vient se coller contre la plaie de la cornée et s'introduire entre les lèvres quand la chambre antérieure a été ouverte.

M. Galezowski. — Je n'ai eu cet accident que 5 fois sur 22 cas. Je n'ai pas besoin de rappeler que l'opération est infiniment moins délicate depuis que l'on dispose de la cocaïne.

M. Martin insiste sur l'influence considérable des contractions astigmatiques dans la production de la myopie et sur la nécessité qui en découle, d'empêcher le plus possible les efforts d'accommodation partielle.

M. Boucheron. — La contracture du muscle ciliaire ayant une influence incontestable sur le développement de la myopie, on peut combattre cette influence pathogénique avec les mydriatiques.

M. Landolt. — Lorsqu'on intervient dans la myopie, ce n'est pas contre l'excès de réfraction que l'on combat, mais bien contre les altérations du fond de l'œil qui s'observent aux degrés avancés de l'affection.

Le véritable danger est là, et tant qu'il n'existe pas, je considère comme une témérité de toucher à un système réfringent intact qui est la seule planche de salut du myope. Que peut-on gagner avec l'opération de M. Galezowski ? Quelques dioptries, par les modifications de courbure de la cornée. Les images rétiniennes seront un petit peu plus grandes, et c'est tout. En revanche, la cornée devient irrégulière et la netteté de la vision y perd. Inconvénients et avantages ne s'équilibrent pas. Aussi l'intervention chirurgicale ne me semble-t-elle pas recommandable.

M. Abadie. — L'opération de M. Galezowski n'eut évidemment pas été réalisable avant la cocaïne et l'ésérine, mais elle expose aux synéchies, comme on l'a dit. C'est pourquoi je trouve mon procédé préférable. Assurément, ce n'est pas la perfection ; la cornée ne reprend pas sa forme régulière ; il reste une cicatrice, mais enfin on a de bons résultats.

M. Meyer. — Cette opération du kératocône n'est pas chose nouvelle. Il y a même vingt-deux ans que j'ai fait à ce propos une communication à l'Académie de médecine. J'opérais d'après la méthode de Graefe, mais, en somme, c'est la même chose. Après avoir creusé un sillon au galvano-cautère, on pratiquait la paracentèse de la cornée par simple ponction.

J'avais indiqué alors qu'il n'était pas nécessaire d'attaquer la cornée par le sommet et qu'on pouvait, tout aussi bien et mieux, enlever sur les côtés. Malgré tout, je n'ai pas eu à me louer de cette opération et je préférerai toujours contre le kératocône les procédés qui n'exigent qu'une paracentèse très limitée, parce que c'est le seul moyen d'éviter des synéchies antérieures. On s'expose grandement en excisant des lambeaux de tissu cornéen.

M. de Wecker. — Ce n'est vraiment pas la peine de tant batailler sur le kératocône. Pour lui, comme pour les décollements de la rétine, tout ce qu'on peut faire est mauvais. Si on ouvre la cornée, on a des enclavements. Si on en respecte complètement une partie, comme dans le procédé au thermo-cautère de M. Abadie, les modifications de courbure ne sont pas fameuses. Bref, je ne crois pas que nous puissions cueillir beaucoup de lauriers sur ce champ de bataille.

M. Dianoux. — Je partage l'avis de M. de Wecker. J'ai essayé le procédé de M. Abadie il y a quelques mois. J'ai eu un échec. Je crois donc que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de ne rien faire.

M. Javal. — C'est tout à fait mon opinion, bien que les résultats soient magnifiques quand on a la chance — rare — de réussir. Cette correction du kératocône est, en somme, des plus difficiles.

M. Maklakoff. — On a parlé des influences de races sur la myopie et on a mis en doute l'influence de la scolarité. Or, j'ai examiné et suivi, à ce point de vue, 2,000 enfants Arméniens, Circassiens, Caucasiens. Avant qu'ils eussent commencé leurs études on comptait parmi eux 3 0/0 de myopes ; quand ils terminaient j'ai trouvé 77 0/0 ! Ces deux chiffres n'ont pas besoin de commentaires.

M. Galezowski. — Je n'ai pas constaté l'utilité des verres, dont a parlé M. Wecker, et je persiste à croire l'opération bonne.

Séance du 7 mai 1887.

Traitement du strabisme. — M. de Wecker donne la statistique des résultats qu'il a obtenus dans le *traitement du strabisme* par son procédé de l'avancement capsulaire, déjà exposé au Congrès, il y a deux ans. Il demande qu'une commission soit nommée dans le Congrès à l'effet d'établir, sur des bases précises, la valeur réciproque de chaque procédé opératoire. On prendrait un grand nombre de strabismes dépassant 30 à 35°. Les déviations une fois bien mesurées, les malades seraient divisés en trois groupes.

Tous seraient soumis à une ténotomie simple du muscle déviateur, mais dans un tiers des cas on ajouterait à la ténotomie la suture conjonctivale, dans un second tiers l'avancement capsulaire et dans le dernier tiers l'avancement musculaire. Au bout d'un certain temps, la commission comparerait les résultats. Cette enquête prouverait, affirme M. de Wecker, « qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre l'action de la simple suture conjonctivale et l'avancement capsulaire, et que cette dernière opération, combinée au reculement du muscle déviateur, égale, à peu de chose près, l'action de l'avancement musculaire ».

A la suite d'une discussion, à laquelle prennent part MM. Landolt, Cuignet, Galezowski et principalement M. Meyer, le Congrès n'a pas nommé la commission demandée par M. de Wecker.

Amaurose hystérique monolatérale. — Guérison complète et subite sans traitement. — M. Armaignac (de Bordeaux). — J'ai observé il y a quelques semaines une fillette de dix ans, fille et petite fille d'une mère et d'une grand'mère très nerveuses, mais ne paraissant pas avoir eu d'attaques véritables d'hystérie. L'enfant elle-même, d'un tempérament nerveux, d'une précocité hâtive (elle a déjà été réglée 3 ou 4 fois, il y a quelques mois), jouit d'une bonne santé, mais se plaint depuis quatre ans de ne pas voir de l'œil gauche ; la cécité est presque complète, car la vision est à peine suffisante pour distinguer les mouvements de la main à quelques décimètres et la lumière d'une lampe à un mètre.

Soupçonnant une simulation, j'eus recours aux divers moyens généralement employés pour la dévoiler, mais l'amaurose était bien réelle. L'œil droit présentait aussi une notable diminution de l'acuité visuelle, bien que l'examen ophtalmoscopique ne fît découvrir rien d'anormal au fond de l'œil, ou dans l'épaisseur des milieux transparents, pas plus, du reste, que du côté gauche. Dans cette situation, qui paraissait assez grave, et bien que soupçonnant l'hystérie d'être la cause de l'amaurose, je crus prudent de provoquer une consultation, à laquelle prit part M. le professeur Pitres.

Une demi-heure avant la consultation, on m'amena l'enfant, en disant que depuis la veille la vision paraissait en partie revenue du côté gauche. En effet, il ne fut pas difficile de constater que l'œil gauche voyait aussi bien, et même mieux, que l'œil droit.

Quelques signes d'hystérie assez nettement accusés confirmèrent le diagnostic, le seul, du reste, qui fût compatible avec une restitution si subite de la vue. J'attribue cette guérison aux émotions que dut éprouver la fillette pendant les quelques jours qui précédèrent la consultation, en entendant dire que son état était grave et qu'il fallait une consultation de plusieurs médecins.

Contractions et paralysies oculaires par suggestion. — M. G. Borel. — Les contractures et paralysies hystériques des muscles oculaires appartiennent aux manifestations les plus rares et les moins connues de l'hystérie. Le strabisme hystérique, qui s'observe isolé ou accompagné d'autres manifestations de la diathèse, peut s'ajouter à l'hémispasme facial glosso-labié de M. Charcot, et, dans des cas extrêmement rares, accompagner l'hémiplégie hystérique dans laquelle on voit un spasme des muscles oculaires survenir seul ou combiné avec celui de la face, de la langue et de la luette. M. Charcot étant parvenu à reproduire toutes les paralysies hystériques par la suggestion, cela m'a donné l'idée d'essayer ce procédé pour le strabisme.

Le sujet étant mis dans l'état somnambulique, on lui dit qu'il ne peut plus ouvrir un œil et on voit cet œil rester fermé tant que l'on maintient la suggestion. L'examen de ce ptosis, fait tant à l'état de veille que dans l'état d'hypnotisation, prouve qu'il s'agit d'une contracture de l'orbiculaire peu apparente et qu'on pourrait prendre pour une paralysie du releveur, dont la participation est possible, mais non certaine.

La production d'un strabisme convergent a été plusieurs fois obtenue par le même procédé chez trois hystéro-épilepti-

ques auxquelles j'avais suggéré de loucher; le strabisme convergent peut atteindre trente et même quarante degrés. Si on réveille la malade à ce moment, elle s'effraye immédiatement de voir double, se plaint d'une constriction du globe oculaire, et pour éviter des protestations violentes il a souvent fallu endormir de nouveau le sujet pour détruire la suggestion et faire ainsi disparaître le strabisme. Il variait de moment en moment puis disparaissait même, pour réapparaître ensuite. L'écartement des images augmentait en portant la bougie du côté opposé à l'axe de l'œil strabique. L'élément paralysie semble donc jouer un rôle évident; d'un autre côté, la sensation de tiraillement, la variabilité du degré de strabisme et de la diplopie indiquent nettement un spasme. Quelquefois l'image de l'œil strabique est indiquée comme fortement inclinée par rapport à l'autre image. Par la suggestion, on peut produire des états rappelant fortement les paralysies associées, et la déviation conjuguée des yeux.

La contraction du muscle accommodateur pendant l'état de somnambulisme a été signalée, mais la contraction partielle du muscle ciliaire n'a jamais encore été indiquée. J'ai examiné à la clinique de M. Landolt une malade atteinte d'une amblyopie hystérique qui avait abaissé l'acuité visuelle à deux dixièmes de la normale; des verres concaves cylindriques inclinés de 10° en dehors donnaient une acuité visuelle de six dixièmes; des examens répétés montrèrent que tout autre verre et tout autre inclinaison étaient impuissants à procurer cette amélioration; il ne pouvait donc s'agir ici d'une de ces améliorations inexpliquées que donne aux amblyopies hystériques tel ou tel verre fumé ou même un léger prisme. La malade, qui présentait ces stigmates caractéristiques, devint tellement amblyope qu'elle ne pouvait plus se conduire seule. Une guérison subite dans la piscine de Lourdes vint confirmer le diagnostic. J'ai revu ensuite la malade emmétrope et jouissant d'une acuité visuelle parfaitement normale des deux yeux. Les verres cylindriques ne faisaient que troubler la vue. Il y a donc un *astigmatisme hystérique* dû à la contraction partielle du muscle ciliaire.

M. CUIGNET. — On a signalé ce fait que la suggestion pouvait agir non seulement sur les mouvements musculaires de l'œil mais encore sur l'acuité visuelle et la réfraction.

M. FONTAN. — Chez une hystérique, j'ai obtenu la guérison immédiate d'une amblyopie monoculaire, accompagnée d'achromatopsie et d'hémi-anesthésie.

Pour le strabisme, les résultats sont très curieux. Je l'ai provoqué et enlevé à volonté chez des hystériques. Avant peu, ces pratiques seront d'un usage banal pour rétablir les diverses fonctions chez les hystériques. Je crois même que la suggestion pourrait nous rendre des services chez des malades non hystériques. J'ai obtenu ainsi une augmentation considérable de l'acuité visuelle chez des tabétiques.

Kératite trabéculaire. — M. GILLET DE GRAMMONT. — J'ai appelé il y a quelques mois l'attention sur une kératite particulière à laquelle j'ai donné le nom de « kératite en sillons étoilés ». Une autre variété, la *kératite trabéculaire*, est aussi fréquente que la première est rare. Au lieu d'envahir les couches superficielles de la cornée, elle n'occupe que le tissu profond; elle ne s'accompagne pas d'ulcérations et elle guérit sans opacités. C'est, à proprement parler, une kératite parenchymateuse qui s'observe chaque fois que la circulation profonde de la cornée est troublée.

Elle est caractérisée par des stries ou lignes grisâtres, le plus souvent radiées, parfois entrecroisées, naissant par un trait extrêmement ténu qui apparaît vers le centre de la cornée et s'éteint vers la périphérie. Ces stries ne sont bien visibles qu'à de forts grossissements; elles se résolvent à la manière des nébuleuses en une série innombrable de granulations extrêmement fines. En résumé, elles offrent l'aspect de petites aiguilles interstitielles, d'où le nom de *trabéculaire* que j'ai cru devoir donner à cette affection. Ces sortes d'aiguilles n'ont d'autre origine que l'*infiltration ou surcharge* des canalicules de la cornée par les cellules de la lymphe. Si bien connue que soit aujourd'hui la structure de la cornée, il reste quelques doutes sur l'existence de canalicules préformés destinés à la circulation lymphatique. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet se demandent si, en pratiquant dans le tissu cornéen des injections de substances plus ou moins solides, on ne détermine pas des éraillures entre les fibres propres et si l'on ne produit pas ainsi des trajets artificiels livrant passage aux substances injectées.

La kératite trabéculaire contribue puissamment à faire comprendre l'anatomie et la physiologie de la cornée. On voit, en effet, apparaître et disparaître avec une si grande rapidité ces infiltrations canaliculaires et la cornée reprendre si aisément sa transparence, qu'il serait impossible d'expliquer ces phénomènes si les canalicules étaient le résultat d'une déchirure interstitielle et si les éléments figurés, contenus dans ces prétendues fissures, n'étaient point des corpuscules physiologiques.

La pathologie expérimentale permet, du reste, de produire sur les animaux une kératite trabéculaire artificielle qui ne diffère en rien de celle qu'on observe chez l'homme. Chez l'homme on fait naître, à volonté, cette kératite; il suffit, pour cela, de pratiquer sur l'œil une opération intéressant le limbe scléro-cornéen. Chaque fois que l'on fait une sclérotomie, par exemple, une iridectomie ou une extraction de cataracte, on peut retrouver dans les lèvres de la plaie cornéenne des canalicules injectés. L'existence des trabécules constitue parfois le seul symptôme de cette affection, et c'est à ce point de vue qu'elle mérite d'être décrite comme entité morbide; mais le plus souvent elle est secondaire.

Le diagnostic en est simple; il suffit de pratiquer à la loupe l'examen de la cornée à l'éclairage oblique. Le plus ordinairement, les trabécules semblent se résorber sous les yeux de l'observateur, absolument comme si les leucocytes en surcharge qui les constituent disparaissaient peu à peu, en rendant aux tubes de la cornée leur transparence primitive. L'observation et l'expérience tendent à établir que le retour de ces leucocytes se fait par les canalicules se déversant dans le canal de Schlemm; en effet, si l'on pousse, dans une cornée de porc, une certaine masse de mercure, on injecte non seulement la cornée, mais encore le canal de Fontana; d'où il semble résulter que, dans la cornée, la *circulation d'apport* se fait par les parties superficielles (les pannus cornéens paraissent le démontrer) et que la *circulation de départ* a lieu dans les couches profondes.

Le traitement a pour but d'exciter la circulation générale de l'œil par des topiques légèrement irritants, de diminuer la tension intra-oculaire lorsqu'elle est exagérée, de dégager l'angle irien pour faciliter la résorption des cellules lymphathiques, enfin de diminuer la circulation d'apport sans entraver celle de départ: la péritonie donne ce résultat.

Corps étranger de l'œil expulsé spontanément. — M. DEBIERRE. — Un enfant de 8 ans 1/2 est amené à la clinique du Dr Ed. Meyer, le 3 novembre 1885. Deux jours auparavant, l'enfant avait reçu un éclat de capsule au bord supéro-externe du globe oculaire, à environ un centimètre au dehors de la cornée. En effet, à ce niveau, on voyait le point de pénétration au milieu de la conjonctive œdématiée et enflammée. La cornée et le cristallin étaient transparents. — Papille dilatée au maximum; vaste épanchement. Le champ visuel manque presque complètement. Pas de douleurs spontanées.

L'enfant fut endormi avec le chloroforme, M. Meyer fit avec une sonde des recherches minutieuses dans la plaie pour s'assurer si le corps vulnérant ne serait point resté dans le voisinage. Ces tentatives ne donnèrent aucun résultat. Un bandeau compressif fut appliqué immédiatement, et l'enfant fut gardé au lit en observation. Quinze jours après, il fut examiné à nouveau. La force visuelle était remontée à 1/3 de la normale. A l'examen ophthalmoscopique, on put apercevoir que le sang épanché s'était résorbé en grande partie. L'enfant ne souffrant plus est autorisé à rentrer chez lui, mais avec recommandation de se représenter à la première douleur. Quinze mois après, il revient, se plaignant d'une sensation de corps étrangers à l'endroit de sa blessure. En effet, on constate à ce niveau un point noirâtre donnant sous la sonde la sensation d'un corps dur. A l'examen ophthalmoscopique, on constate une large tache blanchâtre. Son centre donne insertion à un cône fibreux de la largeur d'un diamètre papillaire qui va en s'amincissant rapidement, se termine par un conduit droit cylindrique, à parois minces et transparentes, qui traverse le corps vitré et va s'inciser au point de pénétration.

L'enfant fut endormi, M. Meyer put extraire facilement le corps étranger. Un bandage fut appliqué sur l'œil et trois jours après l'enfant était complètement guéri.

Cataractes irido-cyclitiques. — M. Em. BERGER (de Graz, Autriche). — On distingue généralement trois périodes dans ces cataractes. Dans la première, le cristallin augmente de volume par prolifération de ses fibres qui laissent entre elles des petites fentes. Ces fibres finissent par se rompre. En même temps l'épithélium capsulaire prolifère également et forme la cataracte capsulaire.

Dans la seconde période, la capsule s'ouvre. Des cellules de pus pénètrent dans le sac capsulaire et forment finalement le tissu fibreux (cataracte fibreuse).

La troisième enfin, est caractérisée par des formations kystiques et par la calcification ou l'ossification en tissu fibreux de la deuxième période (cataracte osseuse).

Parallèlement à ces modifications histologiques l'albumine de constitution du cristallin pénètre dans la chambre antérieure, tandis que le liquide de cette chambre antérieure passe à son tour par la capsule dans le cristallin. M. Berger a observé et décrit plusieurs cas qui viennent à l'appui de ses opinions.

M. MAKLAKOF fait une proposition tendant à désigner une commission qui étudierait l'influence de l'éclairage sur le développement de la myople.

M. JAVAL fait observer qu'une commission d'hygiène des écoles, nommée il y a trois ans par M. Paul Bert, a étudié toutes ces questions et formulé des conclusions.

M. MAKLAKOF dit que n'étant pas Français, il ignorait le fait et qu'il retire, par conséquent, sa proposition.

M. MEYER, au nom du bureau, remercie les présidents des diverses séances de l'utile direction qu'ils ont donnée aux discussions, et la presse médicale de l'exactitude et de la rapidité vraiment surprenantes avec lesquelles elle a déjà rendu compte de presque tous les travaux du Congrès. Après quoi, le Congrès est déclaré clos.

Réclamation : Réponse ; — Lettre de M. Poncet.

La publication des séances du *Congrès d'ophtalmologie* que nous terminons aujourd'hui et qui nous a été donnée comme officielle, ainsi que nous l'avons dit et répété, nous vaut la réclamation suivante du *Bulletin médical :*

« Un de nos confrères, le *Progrès médical* — et il n'est peut-être pas le seul — a reproduit mot à mot nos *comptes rendus*, en ajoutant « Compte rendu officiel envoyé aux journaux par le Congrès ». Or, s'il est exact que les communications nous aient été fournies, les nombreuses et importantes discussions qui les ont suivies étaient notre œuvre personnelle.

« Informations prises, il parait que c'est à M. Poncet, secrétaire général du Congrès, que nous devons l'honneur d'avoir été transformés tout à fait à notre insu en organe *officiel* du Congrès. Nous en sommes particulièrement flattés. Aussi glisserons-nous sur la régularité du procédé qui consiste à utiliser *in-extenso* un travail d'assez longue haleine sans prendre la peine d'en indiquer l'origine. Quoi qu'il en soit, nous tenons à dire que nous avons, non pas *reçu*, mais *fourni* le texte « officiel » des discussions, et nos lecteurs auront certainement remarqué qu'elles ont constitué la partie la plus longue et la plus originale du Congrès. »

Nous avons toujours eu pour règle absolue de citer les journaux auxquels nous faisions des emprunts, même de minime importance; si nous avons reproduit le compte rendu du Congrès d'ophtalmologie tel qu'il a paru dans le *Bulletin médical*, c'est parce que l'on nous l'a remis comme *compte rendu officiel*, appartenant à tout le monde. L'un de nos collaborateurs s'est rendu à l'ouverture du Congrès, pour faire l'analyse des séances; il lui a été dit par l'un des secrétaires que sa présence et son concours, qu'il offrait, étaient inutiles parce que tous les journaux de médecine recevraient un compte rendu officiel. Nous ajouterons que dans bien des circonstances déjà le *Progrès médical* a fait rapidement le compte rendu de Congrès entraînant une somme de travail bien plus considérable que le Congrès d'ophtalmologie et n'avait nullement besoin de l'aide de qui que ce soit.

C'est la réponse péremptoire adressée par M. le Dr Poncet, secrétaire général du Congrès d'ophtalmologie, à M. Prengrueber, rédacteur en chef du *Bulletin médical :*

Monsieur le rédacteur,

Dans votre n° du 18 mai, vous vous étonnez que le compte rendu que vous publiez ait été reproduit par d'autres journaux, mais vous reconnaissez que les analyses des mémoires vous ont été fournies par les auteurs. Cette communication ne vous a été faite que sous la convention formelle (pour vous et votre collègue, M. Valude, de la *Semaine Médicale*) d'avoir à fournir la copie des séances aux journaux qui le demanderaient.

Cette entente date du Congrès de 1886, et elle a été appliquée cette année sans discussion. Sans elle, le Secrétaire général aurait eu le devoir de retenir les analyses des mémoires réclamées dans le programme. Vous avez reçu, comme la *Semaine médicale*, les résumés des travaux et, en échange, vous donniez la rédaction des discussions. De cette façon, la Société pouvait, sans favoriser spécialement aucun journal, assurer la publication de ses séances, non seulement à Paris, mais à Bruxelles et ailleurs.

Cet incident démontre la nécessité pour 1888 de faire rédiger chaque jour le résumé du Congrès par l'autocopie et de l'envoyer à tous les journaux. C'était mon idée première cette année et votre réclamation me prouve que j'avais raison.

En vous priant d'insérer cette réponse, je pense que nous éloignerons tout malentendu pour l'an prochain.

Le Secrétaire général de 1886-87, PONCET.

Il nous paraît superflu d'insister. Le public médical appréciera. Nous nous bornerons à tirer de cet incident un enseignement qui ne doit pas être perdu : c'est que les organisateurs des Congrès doivent placer les correspondants de tous les journaux sans distinction sur le même pied d'égalité et faciliter la publication de leurs travaux à tous les journaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. V. CORNIL étudie la *multiplication des cellules de la moelle des os par division indirecte dans l'inflammation.* Dans la moelle artificiellement enflammée du fémur de cobaye, on trouve trois variétés de cellules, dans les noyaux desquelles on observe les figures qui se rapportent à la division indirecte ou karyokinèse. Ce sont : 1° des globules blancs ou cellules lymphatiques ; — 2° des cellules sphériques appartenant en propre à la moelle et construites sur le même type que les précédentes : l'isolement complet des deux plaques polaires, leur pelotonnement, puis la séparation de la cellule en deux cellules plus petites, dont les noyaux restent fortement colorés, puis reviennent à l'état statique, telles sont les modifications ultérieures dont les spécimens sont nombreux dans ce deuxième groupe ; — 3° des grandes cellules de la moelle (myéloplaxes de Robin) offrant beaucoup plus rarement des figures karyokinétiques. Les cellules de la moelle, de volume moyen ou géantes, offrent ainsi souvent les mêmes modes de division karyokinétique que les cellules lymphatiques.

M. ONIMUS signale le fait d'*une commotion électrique ressentie par un télégraphiste militaire pendant le tremblement de terre de Nice.* Les tremblements de terre sont accompagnés de forts courants électriques.

MM. HERMANN et TOURNEUX insistent sur *le rôle des vestiges du segment caudal de la moelle épinière dans la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes.* Il est permis de supposer que sous le nom de cysto-sarcomes on a décrit un certain nombre de tumeurs nerveuses et l'on trouve fréquemment relatée dans les auteurs la présence des kystes tapissés par des épithéliums stratifiés, dont le type varie du prismatique au pavimenteux, comme dans les vestiges médullaires.

MM. HANRIOT et Ch. RICHET étudient l'*influence des modifications volontaires de la respiration sur l'excrétion de l'acide carbonique.* La production de ce dernier gaz est sensiblement indépendante de la ventilation pulmonaire. L'excrétion d'acide carbonique peut être, pendant quelques minutes, modifiée par la ventilation, augmentée par la polypnée, diminuée par l'hypopnée ; mais

Traité élémentaire d'anatomie musicale du système [illegible] par Ch. FÉRÉ. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs et *Progrès médical,* in-8°, 495 pages.

Dans ce volume l'auteur nous présente les résultats de ses recherches pendant les années qu'il a passées à la Salpêtrière comme chef des travaux anatomo-pathologiques à la riche clinique du professeur Charcot Le but de cet ouvrage est l'exposition complète de nos connaissances actuelles sur le système nerveux considéré purement au point de vue médical ; en d'autres termes, c'est un résumé de l'anatomie descriptive et topographique des parties dont les fonctions et les troubles pathologiques sont établis avec certitude. C'est donc un effort pour doter la médecine d'un ouvrage analogue à ceux qui sont si utiles à la chirurgie ; et quoique précisément à cause de ce but spécial ce traité soit incomplet, il a le mérite d'être le premier ouvrage de ce genre.

Le livre est divisé en deux parties : la première qui est de beaucoup plus étendue est consacrée à l'anatomie du système nerveux central ; la seconde moins développée traite des nerfs périphériques. Les descriptions sont très claires et richement illustrées par de nombreuses gravures. Un grand nombre de ces illustrations sont faites d'après des dessins originaux de l'auteur, pour la plupart sur des spécimens anatomiques ; les autres sont tirées des travaux de Charcot, Nothnagel, Raymond, Erb et Hertzmann.

En somme, nous devons reconnaître qu'il n'y a pas de meilleur livre à mettre dans les mains des étudiants avancés et des praticiens qui s'intéressent aux maladies nerveuses ; et nous souhaitons sincèrement que quelques-uns en préparent bientôt une bonne traduction anglaise. Un semblable livre serait d'un excellent profit comme « text book » dans nos écoles de médecine. Comme toutes les publications émanant du *Progrès médical,* la typographie et le papier sont superbes et l'index (qui est un point faible de beaucoup de livres médicaux et scientifiques français et allemands), est complet et fait avec soin (F. L. J. *St-Louis Medical and surgical Journal,* novembre 1886.)

PUBLICATIONS
DU
Progrès Médical

BRISSAUD (E.) ET MONOD (E.) Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Paris, 1877, Vol. in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

BALZER (F.) Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie. Vol. de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 75

BENET (A). Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers. (1591) Publié d'après le manuscrit de la Bibliothèque nationale. Précédé d'une introduction par B. de MORAY. Cet ouvrage est le second de la *Bibliothèque diabolique.* Un beau volume in-8 de 220 pages. — Papier vélin. — Prix 3 fr. 50. — Pour nos abonnés 2 fr. 75. — Nous avons fait faire un tirage de 500 exemplaires sur beau papier numérotés à la presse ; Nº 1 à 350, papier parchemin. Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés 3 fr. 50 ; — Nº 351 à 500, papier Japon. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés . . . .

BLANCHARD (R.) De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

elle revient bientôt normale, c'est-à-dire à celui de la production.

M. Charbonnel-Salle examine *les fonctions hydrostatiques de la vessie natatoire des poissons.* D'après ses expériences, cette poche peut être comprimée par les muscles du tronc au même titre que les autres organes contenus dans la cavité abdominale. Les changements de volume qu'elle subit n'ont aucune signification fonctionnelle; ils n'aident nullement le poisson dans ses changements de niveau ou dans ses changements de direction.

M. V. Galtier signale *les dangers de l'utilisation des produits obtenus avec le lait de vaches tuberculeuses.* Les germes de tuberculose que ce lait renferme sont à redouter non seulement quand ce liquide est utilisé à l'état cru et sans transformation. Ces germes se conservent en effet dans le lait traité par la présure, dans le fromage et dans le petit lait. L'homme peut très vraisemblablement s'inoculer des germes de phtisie tuberculeuse en consommant soit du lait cru de vache phtisique, soit du lait caillé, soit du fromage frais, soit du fromage desséché ou salé, soit du petit lait préparés avec le lait des bêtes tuberculeuses.

M. G. Linossier décrit une *combinaison de l'hématine avec le bioxyde d'azote.*

M. A. Andouard étudie les *variations de l'acide phosphorique dans le lait de vache.* Cet acide diminue dans le lait du commencement à la fin de la lactation : le beurre et surtout le sucre diminuent également pendant la même période. La valeur nutritive des aliments accroît manifestement la quantité et la qualité du lait ; les fourrages verts (et surtout le chou et les légumineuses) sont préférables aux fourrages secs pour l'entretien des vaches laitières. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 mai 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Malassez répondant à une précédente communication de M. Hayem relative à la formation des globules blancs lorsqu'il existe des tumeurs, dit que cette leucocytose n'est pas une conséquence forcée de la néformation. Lorsque la tumeur suppure, elle apparait avec le pus et disparaît avec lui. Certaines inflammations dans lesquelles il n'y a pas de suppuration ont le même effet : l'érysipèle, par exemple, ne s'accompagne de leucocytose que lorsqu'il survient chez les individus porteurs de tumeurs ganglionnaires. Les hémorrhagies sont suivies de leucocytose ; or, les tumeurs occasionnent fréquemment des hémorrhagies. La propagation aux ganglions doit être incriminée également. Enfin, dans de semblables recherches, il est indispensable de ne pas donner seulement le chiffre des globules blancs, mais le rapport des leucocytes aux hématies.

M. Ch. Richet a étudié avec M. Hanriot l'élimination de l'acide carbonique dans les injections rectales de ce gaz et est arrivé aux conclusions suivantes. Il y a concordance entre la quantité injectée et la quantité retrouvée. L'absorption de l'oxygène ne suit pas l'élimination beaucoup plus rapide de l'acide carbonique. La présence du CO^2 dans le sang active la respiration en agissant très probablement sur les centres bulbaires.

M. Gréhant fait remarquer qu'une légère dose d'acide carbonique dans le sang peut bien exciter les mouvements respiratoires, mais qu'il n'en est plus de même lorsque la dose est plus considérable.

M. Dastre. — M. Richet dit que le pouvoir excito-moteur des phénomènes respiratoires résiderait dans l'action de l'acide carbonique ; il n'oublie pas cependant que d'autres auteurs n'ont vu là que l'effet de la privation relative d'oxygène.

M. Ch. Richet ne nie pas le rôle de l'oxygène, mais il a voulu démontrer que le CO^2 à faibles doses produisait les mêmes résultats que la privation d'O.

M. Paul Loye étudie la *nature des mouvements qui se manifestent dans la tête des animaux décapités.* Ces mouvements consistent : 1° en une ouverture démesurée de la bouche au moment où la tête tombe, avec des convulsions de la langue et des paupières ; 2° en bâillements qui commencent 15 secondes après la décapitation et qui cessent une minute et demie après. Pendant tout ce temps il est impossible d'obtenir une manifestation volontaire. Ces mouvements persistent d'ailleurs chez un animal profondément endormi par le chloroforme : ils se montrent très nettement dans ce cas, alors qu'aucun réflexe ne reparaît. On ne saurait donc les regarder comme des manifestations de la volonté.

La transfusion du sang, de chien à chien, faite au moment de la décollation dans la tête décapitée, provoque la persistance des bâillements et des réflexes pendant toute la durée de la transfusion ; mais elle ne fait pas réapparaître les mouvements volontaires. Si cette transfusion n'est commencée que sept minutes après la décapitation, les mouvements sont très faibles : ce sont surtout des contractions fibrillaires des muscles. Au lieu de la transfusion, si l'on pratique l'injection de sang de porc, artérialisé et défibriné, dans les carotides de la tête décapitée, on voit apparaître des contractions fibrillaires qui peuvent donner à la physionomie l'expression de la douleur et de l'angoisse. L'injection d'eau, dans ces carotides, amène des contractions très intenses, avec des mouvements énergiques des mâchoires. Il faut donc bien distinguer, dans tous ces effets de la transfusion du sang, ce qui appartient au système nerveux de ce qui appartient au système musculaire, ces dernières contractions n'étant dues qu'à l'irritabilité des muscles.

M. Brown-Séquard dit que les expériences de MM. Hayem et Barié ne doivent pas être comparées aux siennes. Ces auteurs, en effet, sectionnent la tête de l'animal au niveau du bulbe, tandis qu'il fait porter la décapitation au niveau de la 7e cervicale. Enfin il coupe lentement les tissus afin de perdre le moins de sang possible. Malgré les dissemblances dans la méthode, ces auteurs n'ont pas moins confirmé les deux propositions qu'il avait émises à savoir qu'on peut faire réapparaître la vue cérébrale au moyen de la transfusion et la maintenir en certain temps.

MM. Vaillard et Pitres étudient les *névrites provoquées par les injections d'éther* au voisinage des troncs nerveux des membres. Souvent ces injections ont été suivies d'accidents paralytiques rebelles et même de troubles trophiques. Les expériences faites sur les cobayes montrent que l'anesthésie et la paralysie qui surviennent aussitôt après l'injection s'étendent rapidement et persistent plusieurs semaines ou plusieurs mois sans diminuer ni augmenter. L'injection détermine donc des phénomènes identiques à ceux que produit la section du sciatique, ce dont on peut s'assurer par l'examen histologique.

Celui-ci montre, en effet, que le nerf est normal *au-dessus* du point où a porté l'injection. Au niveau, les lésions varient suivant la durée de la source de l'injection. Quelques heures après l'injection, il semble que la myéline se confonde avec le cylindre-axe, qui est alors à peine distinct, de même que les noyaux des segments inter-annulaires. A dater du quinzième jour, la myéline devien pulvérulente et le tube nerveux se régénère par une évolution spéciale. *Au-dessous* de l'injection, les rameaux nerveux subissent la dégénération wallérienne dès le sixième jour, comme lors de la section des nerfs. En résumé, l'éther détermine une *nécrose immédiate* des fibres qu'il atteint et agit sur elles comme un poison chimique. Peut-être à côté de graves inconvénients pourrait-on reconnaître à ces injections une action favorable dans les cas rares, à la vérité, où l'élongation des nerfs semble indiquée.

M. M. Duval remet une note de M. Pressant (de Nancy) *sur la structure du tube séminifère.*

M. Remy présente au nom de M. Pilliet, aide-préparateur à la Faculté, une note sur les lésions du testicule dans l'hématocèle vaginale D'après ses pièces, l'auteur pense que l'atrophie bien connue du testicule dans ces cas relève, dépend non de la compression ou de la diminution de l'apport sanguin, mais d'une sclérose irritative à marche lente par-

tant de la coque malade. On peut trouver une lisière du tissu testiculaire touchant l'albuginée envahie par cette sclérose dans les cas récents et tout l'organe pris à la fois. Elle aboutit à une atrophie totale des tubes comparable à la péri-glomérulite fibreuse. Elle diffère du testicule sénile, décrit dans la thèse d'Arthaud, en ce que l'épididyme est, non pas kystique, mais entièrement atrophié et envahi par la sclérose au même degré que le testicule lui-même.

M. Bergeon lit une note *sur les lavements gazeux*.

M. Brasse décrit un nouveau procédé de *dosage du mercure dans les urines*. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mai 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Lagneau, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Bergeron, Dujardin-Beaumetz, Proust et Lagneau, lit un rapport sur le *surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles*. Dans ce rapport, M. Lagneau indique d'abord les principaux états morbides attribuables au surmenage et à la sédentarité, puis les mesures hygiéniques propices à les prévenir. L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes d'enseignement actuellement adoptés.

Election d'un membre correspondant étranger dans la troisième division (médecin-vétérinaire). Votants : 42. Majorité : 22. Au premier tour de scrutin, M. Röll (de Vienne) est élu par 37 voix, contre 1 voix à M. Fleming (de Londres) et 4 bulletins blancs.

Discussion relative à l'adéno-phlegmon juxta-pubien. — M. A. Guérin reconnait que l'étude des vaisseaux lymphatiques de l'utérus n'est pas chose facile, à tel point qu'il est, de toute nécessité, de recourir à des utérus de petites filles, n'ayant pas encore été atteintes de la moindre inflammation, pour poursuivre une semblable étude. M. A. Guérin a trouvé une demi-douzaine de fois au moins les ganglions du trou sous-pubien qui étaient le siège d'un cancer propagé.

M. Sappey a étudié les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, non sur des enfants, mais sur des fœtus. — Ces vaisseaux se partagent en deux groupes, l'un qui émane de la tunique musculaire, l'autre de la tunique muqueuse. Tous ces vaisseaux se rendent dans six groupes de ganglions distincts. Quant à la pièce anatomique, invoquée par M. Guérin, il ne saurait être question d'un ganglion sous-pubien, de ce ganglion que Mascagni à étudié à la fin du siècle dernier. Sur le ganglion de la pièce de M. Le Bec, les vaisseaux afférents ne passent pas au-dessus de la branche horizontale du pubis et n'entrent pas dans le bassin par le canal sous-pubien ; ils passent au-dessus de cette branche et entrent par le canal crural. Il s'agit donc ici non du ganglion sous-pubien, mais d'un des ganglions iliaques externes.

M. Marty fait une communication sur *les effets des vins plâtrés sur l'économie*. Cette communication est basée sur l'action exercée sur les voies digestives par le vin plâtré; cette action implique des phénomènes dyspeptiques sérieux. Il en résulte que les sulfates neutres de chaux et de potasse ont une action funeste sur l'estomac et que la pratique du plâtrage doit être abandonnée.

M. Hayem fait une communication sur le *traitement de la dyspepsie du premier âge et particulièrement de la diarrhée verte et sur la nature microbienne de cette diarrhée*. M. Hayem a tenté d'abord de combattre les troubles gastro-intestinaux des enfants en bas âge, à l'aide des divers traitements préconisés jusqu'ici ; c'est l'acide chlorhydrique qui lui a donné les résultats les plus constants. M. Hayem a également eu recours à l'acide lactique — dont les effets sont non moins salutaires ayant enfin observé que l'arrivée d'un enfant, atteint de diarrhée verte, était le signal de la manifestation d'accidents diarrhéiques semblables chez les enfants de la même crèche. M. Hayem songea à la contagion possible de ces selles vertes et institua des mesures prophylactiques contre cette contagion (enlèvement rapide des linges souillés par les déjections et les matières vomies, lavage de ces linges dans une solution de sublimé à 1 0/0). Depuis cette époque, la diarrhée verte a cessé de régner dans la crèche de l'hôpital St-Antoine. M. Hayem et M. Lesage, son interne, ont pu établir que la coloration verte des selles était due à un bacille spécial, dont la pénétration dans l'organisme, dans l'intestin, est susceptible de se révéler par des phénomènes de diarrhée verte. L'acide lactique est le meilleur médicament pour neutraliser les effets des liquides chargés de ce microbe.

A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 mai 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Gouguenheim donne quelques détails sur les 28 faits de guérison d'ulcérations tuberculeuses laryngées, pharyngées ou buccales, par la méthode de M. Hering, faits dont il avait déjà parlé dans la dernière séance. Dans 13 de ces cas, il s'agissait à la fois de tuberculose pulmonaire et laryngée : la guérison définitive fut obtenue en trois mois, au minimum, et un an au maximum. Dans 9 autres cas, il y eut récidive après guérison et 3 fois seulement nouvelle cicatrisation. Enfin l'auteur put guérir 6 malades ayant des ulcérations tuberculeuses du pharynx, de la langue et du nez.

M. Martineau continue l'exposé de sa méthode de traitement de la syphilis. Il a, dans la précédente séance, étudié les injections sous-cutanées de sels de mercure ; aujourd'hui, il s'occupe surtout de la médication iodo-hydrargyrique. Il prescrit, en général le mercure par périodes de deux mois, alternant avec des périodes d'égale durée pendant lesquelles le malade prend de l'iodure de potassium. Ce traitement est suivi pendant la première année de la maladie; pendant les années suivantes, M. Martineau diminue, en général, un peu la durée de chaque période et sépare deux périodes successives par un intervalle variable de un mois et demi à deux mois et plus, pendant lequel le malade ne prend pas de médicament. Enfin, et surtout lorsque le sujet est entaché de lymphatisme ou de scrofule, l'auteur prescrit les eaux sulfureuses, prises à domicile, à toutes les périodes de la maladie, et des cures thermales sulfureuses, mais seulement à la fin de la troisième année. D'ailleurs, il recommande particulièrement de soigner l'état général du malade, et surtout son état diathésique possible, car on sait combien ces facteurs peuvent modifier la marche et la gravité de la syphilis.

M. Fernet fait une longue et minutieuse communication sur la partie clinique de l'épidémie de fièvre typhoïde de Pierrefonds, qui frappa les huit membres d'une famille qui habitait la même maison et en tua quatre. Quatre personnes, le père, la mère, une fille et une bonne, qui avaient eu jadis la fièvre typhoïde, furent atteintes légèrement, mais les quatre autres (trois jeunes filles et une domestique) succombèrent après avoir présenté au début des phénomènes de torticolis, de raideur de la nuque, rappelant ce qu'on observe dans la méningite cérébro-spinale; et, à la fin des accidents tétaniques terribles. La pompe fournissant l'eau potable était à 20 mètres de distance et à 1 mètres 70 en contre-bas d'une fosse d'aisance non étanche, recevant aussi l'eau d'égout des toits. M. Fernet rappelle, à ce propos, les recherches de MM. Chantemesse et de Widal.

M. Barié rappelle la fréquence du symptôme douleur chez les tuberculeux, sous toutes les formes possibles (névralgies, arthralgies, myalgies, douleurs vagues, etc.) avec des paroxysmes et souvent avec lésions trophiques, érythèmes (Perroud), atrophie musculaire (Landouzy), etc. Le zona des phtisiques est en somme une complication rare, puisque Leudet, dans son mémoire de 78, sur 2.000 phtisiques ne l'a observé que 17 fois, et qu'au total il n'existe guère plus de 25 observations publiées de zona des phtisiques. M. Barié a pu en observer 3 cas, qu'il rapporte avec détails, dans lesquels le zona occupait la région périnéo-génitale et un peu périanale. L'éruption, dans ces cas, fut toujours précédée d'une douleur très vive; elle siégeait sur

le périnée, un peu autour de l'anus, d'un côté, sur la moitié du scrotum et de la verge, s'irradiant également légèrement sur la face supéro-interne de la cuisse. Cette éruption peut parfois être un peu difficile à différencier des diverses variétés d'herpès : herpès anal, herpès névralgique, etc. Quant à la pathogénie, elle pourrait être expliquée par une action vaso-motrice (Guéneau de Mussy, Perroud, Leudet), ou encore par quelques lésions diffuses de méningo-myélite (Raymond) ou même par des lésions nerveuses périphériques (Joffroy, Pitres et Vaillard, etc.) qui pourraient être d'origine infectieuse.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Paquet (de Lille) envoie à la Société trois observations : 1° Cancer utérin, hystérectomie vaginale; la guérison se maintient encore 2 mois après l'opération; 2° Dans un autre cas analogue, survie de quatre mois, mort par récidive du cancer; 3° Tumeur de la vessie, ablation par la taille sus-pubienne. Guérison qui se maintient encore au bout de deux mois.

M. Verneuil, dans la communication qu'il a faite à l'avant-dernière séance de la Société, a voulu insister sur deux points tout spécialement. En premier lieu, il a voulu indiquer *la conduite à tenir dans les obstructions intestinales, quand on n'a pas de diagnostic*, et, d'autre part, a voulu montrer que quand on n'a pas de diagnostic, il faut se préoccuper exclusivement des accidents, c'est-à-dire des accidents dus à la rétention. On doit donc se borner à établir un anus contre nature. Il n'est pas de l'avis de M. Trélat qui pense que le diagnostic de la cause des occlusions est assez facilement posée. Pour lui, il croit que ce diagnostic est difficile à faire. De plus, il ajoute que la laparotomie faite pour ces cas d'occlusion intestinale a des résultats lamentables, tandis que l'entérotomie procure soulagement et survie aux opérés et que c'est là une opération presque innocente.

M. Trélat prétend que le diagnostic de la cause des occlusions peut se faire dans beaucoup de cas, mais il n'a jamais affirmé ce que M. Verneuil veut lui faire dire.

M. Verneuil a soulevé la discussion en question pour modérer l'ardeur de certains chirurgiens qui veulent ouvrir le ventre, y mettre les mains et des instruments... souvent sales, alors que l'anus contre nature est bien plus simple et moins dangereux.

Abordant le second point de sa communication, il critique la *cœcotomie*. Pour lui, la création d'un anus iliaque sur l'S iliaque est plus facile que la cœcotomie. En plus, le contenu de l'intestin est différent pour l'S iliaque et le cœcum, puisque l'un est la première partie du gros intestin, l'autre la dernière partie. Au niveau de l'S iliaque, on aura un bol fécal dur et les soins de propreté seront plus faciles à donner que si l'anus contre nature est placé au niveau du cœcum. Dans le cœcum, en effet, le contenu intestinal est presque liquide. Enfin, le gros intestin joue un certain rôle dans la digestion et il n'est pas sans inconvénient de ne pas utiliser cette partie d'organe. M. Verneuil termine en disant qu'il juge que la colotomie iliaque peut se faire en trois points : 1° au niveau de l'union de l'S iliaque avec le rectum (C. inférieure); 2° au niveau de la partie moyenne de l'S iliaque (C. moyenne); 3° au niveau de son extrémité supérieure (C. supérieure).

M. Kirmisson a fait 3 *laparotomies* pour occlusion intestinale. Il a eu 3 morts : 1er cas : brides dans le petit bassin, mort par péritonite existant avant l'opération. 2e cas : jeune homme de 17 ans, étranglement herniaire dans le trou obturateur, mort par paralysie intestinale. 3e cas : enfant, ayant non pas du tympanisme, mais le ventre rétracté en bateau, occlusion par bride transversalement étendue dans l'abdomen, mort avec hypothermie par collapsus. Il a pratiqué 4 *entérostomies*. 1er cas : (méthode de Nélaton) : cancer du colon transversal, mort deux jours après l'opération par péritonite. 2e cas : homme de 76 ans, étranglement datant de 6 jours, anus contre nature; on croit à un cancer, mort un mois après. Il s'agissait d'un volvulus. 3e cas : tumeur de l'S iliaque (cancer) 4e cas : invagination du colon ascendant. Anus iliaque sur le cœcum, guérison ; mort 18 mois après.

M. Lefort pense qu'on doit faire quelquefois la laparotomie dans les cas d'obstruction intestinale, et pour lui, souvent, la laparotomie n'est pas plus grave que l'anus contre nature. Il faut bien distinguer les dangers qu'il y a à toucher le *péritoine pariétal* ou les *intestins*. Ce qui tue le malade, ce n'est pas la laparotomie, c'est l'état antérieur mauvais du sujet. D'ailleurs, les cas de guérison par entérectomie ne sont pas si communs. Ce n'est pas à dire qu'on doive faire toujours la laparotomie ; il y a des cas où vraiment elle achèverait le malade. Mais si l'état général n'est pas trop mauvais, on la fera, mais on la fera avec une incision abdominale peu large et l'on recherchera avec précaution la cause de l'obstruction. Si on ne la trouve pas, on fera dans la plaie un anus contre nature.

La discussion sur ce sujet sera continuée à la séance prochaine.

M. Trélat fait une communication sur le *traitement des pieds-bots*. Ces temps-ci, il a eu à soigner un enfant de 15 ans atteint de pied-bot raide, dur, chez lequel il a cru devoir employer le traitement orthopédique, utilisant un appareil à tractions élastiques continues. Le traitement orthopédique d'un pied-bot paralytique que M. Trélat emploie est le suivant : 1° Commande d'un appareil mécanique approprié; 2° Quand il est prêt, a été revu et corrigé, il fait la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire ; 3° Application immédiate d'un appareil plâtré; 4° Six jours après, application de l'appareil orthopédique, suppression absolue de la marche. L'appareil doit être appliqué la nuit et le malade doit au moins le porter six à douze heures. M. Trélat décrit avec soin l'appareil ingénieux qu'il a fait construire pour traiter ce pied-bot, difficile à réduire. Il insiste sur la nécessité de se servir d'appareils à tractions continues et non pas à pression fixe dont l'action est limitée.

M. Lannelongue fait remarquer que les pieds bots paralytiques sont incurables si on ne les traite pas avant les six premiers mois.—M. Desprès prétend que Duchenne (de Boulogne), dans les appareils à traction continue, avait, en dernier lieu, remplacé les tubes en caoutchouc par des ressorts à boudin.

M. Lamarre lit un travail sur le *Traitement des plaies par l'oxyde de plomb*.

M. Schwartz présente un malade à qui il a fait une *extirpation de l'astragale* pour une *luxation de cet os*, compliquant une fracture bimalléolaire.

M. Chauvel a fait récemment la même opération, mais la marche, quoique possible, n'est pas brillante.

M. Terrier montre un malade opéré de résection cunéiforme pour un *orteil à marteau*. Très bon résultat.

M. Schwartz a fait la même opération.

M. Peyrot montre un opéré de *résection des deux malléoles* pour fracture bi-malléolaire mal consolidée.

MM. Terrillon et Polaillon ont opéré des cas semblables.

Marcel Baudouin.

XVIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE A BERLIN *(suite)* (1).

M. Von Ruyter (Berlin). *Sur les effets de l'iodoforme.* On a prétendu, dans ces derniers temps, que l'iodoforme n'avait aucune action antiseptique. L'orateur a déjà prouvé, dans le dernier Congrès, que des solutions d'iodoforme ont une action antiseptique énergique. L'iodoforme n'agit que peu sur les bactéries en dehors du corps humain, mais on ne l'emploie pas dans ce but, car, dans ce dernier cas, une poudre protectrice quelconque suffirait. L'expérience nous prouve, à propos de l'emploi de l'iodoforme dans le pansement des plaies, que si l'on fait sur l'animal une plaie ou qu'on extirpe un lambeau de peau, en ensemençant des organismes pathogènes sur les points opérés, la bactérie du charbon et celle de la septicémie des souris, par exemple, ces organismes ne seront influencés en rien. On voit mourir tous les animaux quelques jours après l'inoculation et l'on constate l'absence de sécrétion et la présence de l'iodoforme non modifié.

Si l'on donne à la plaie expérimentale la forme d'une poche, on voit que les animaux traités à l'iodoforme vivent plus longtemps que les animaux témoins ayant les mêmes plaies, mais

(1) Voir *Prog. méd.*, 1re série, n° 18, p. 363, 1887.

non saupoudrés d'iodoforme. Dans la première série, on pouvait constater que l'iodoformo avait disparu en grande partie. On en a donc conclu que l'action du médicament ne commence qu'au moment où il se décompose. Il y avait donc lieu d'essayer de provoquer cette décomposition de l'iodoforme dont on avait saupoudré des cultures de micro-organisme, pour se rapprocher ainsi des données de la chirurgie pratique. Il l'a fait, assisté du Dr Behring; ce dernier ayant été empêché, lui a confié toute la tâche en le priant de publier les résultats. Ces deux savants ont mis dans un dialyseur de grandes quantités de pus et l'ont garanti contre toute infection nouvelle. On mit dans le dialyseur de grandes quantités d'iodoforme et on plaça le tout dans une couveuse maintenue à la température du corps humain. Le premier jour, pas de décomposition, mais trois jours après on pouvait nettement constater une action destructive sur l'iodoforme. On trouva dans le dialyseur une combinaison iodée. Deuxième question : Est-ce le pus ou les substances auxquelles il donne naissance, qui décomposent l'iodoforme? Pour s'en assurer, on mit dans le dialyseur du sérum stérilisé et un grand excès d'iodoforme. Pas de transformation au bout de plusieurs mois ; mais après qu'on eut placé sur le sérum des Staphylococcus pyogènes aureus et des Streptococcus, la décomposition se montra au bout de deux jours. Ce sont donc les micro-organismes qui produisent cette action; on ne constate pas de mauvaise odeur, ce qui est cependant la règle dans les cultures du pus. Ce dernier fait fit supposer que les ptomaïnes, qui donnent au pus son odeur caractéristique, devaient avoir la faculté d'extraire l'iode de l'iodoforme. Cette hypothèse s'est confirmée. Les auteurs ont obtenu des ptomaïnes par distillation (méthode de Brieger). Elles influencèrent l'iodoforme aussi bien que les coccus sus-nommés. Si on ajoute quelques gouttes d'une ptomaïne à de l'iodoforme, on constate le développement de combinaisons iodoformées; l'acide nitreux décélait leur présence. Si l'on fait dissoudre de l'iodoforme dans de l'alcool, par exemple, et si on le met en contact avec des cultures de bacilles, on n'observe aucune réaction. L'orateur a essayé ensuite d'introduire dans l'organisme des solutions éthéro-alcooliques d'iodoforme pour voir si ce n'est pas à la surface seulement qu'on obtient une action. Von Ruyter a constaté que si l'on dépose sur un côté du diaphragme d'un lapin une solution éthéro-alcoolique d'iodoforme, on trouve nettement la réaction de l'iode sur l'autre côté du diaphragme : le phénomène ne se produit pas avec une solution simplement éthérée. Il ressort de cette communication que l'iodoforme est capable de rendre inoffensif les ptomaïnes et les bactéries, qu'il peut empêcher une infection de l'organisme, sans pour cela supprimer tout à fait l'infection locale, qu'en outre l'iodoforme dissous dans l'alcool et l'eau, ajouté à des cultures, arrête la croissance des parasites de suite ou au bout de peu de jours. Enfin une solution éthérée simple constitue une excellente préparation, quand on cherche une action sur les surfaces; mais pour désinfecter en profondeur il est préférable d'utiliser une solution éthéro-alcoolique. La poudre est d'autant plus active qu'elle est plus finement pulvérisée. Ayant étudié l'effet du médicament sur le bacillo de Koch, l'orateur a constaté que des solutions à 1/400 empêchent tout développement ultérieur du bacillo. Pour prouver que les ptomaïnes sont surtout fixées par l'iodoforme, l'orateur rappelle que le tamponnement, en présence de l'iodoforme, dans les plaies du gros intestin ou son emploi dans les plaies buccales, présente une efficacité considérable; la raison est facile à saisir, car c'est justement dans ces régions que se font les décompositions les plus actives, et on trouve là des ptomaïnes en grand nombre. Puis l'orateur passe aux expériences. Il prend de la poudre d'iodoforme et y verse quelques gouttes d'une ptomaïne. Puis il ajoute quelques gouttes d'acide nitrique et l'on voit nettement se produire la réaction de l'iode, ce qui prouve que l'iodoforme est décomposé. Si, au lieu de ptomaïne, on prend de l'eau simple, l'iodoforme no se décompose pas. Toutes ces expériences prouvent pour l'orateur que l'iodoforme a une grande valeur antiseptique et il est à supposer que lorsqu'on connaîtra mieux les propriétés chimiques de cette substance, on lui accordera encore plus de valeur antiseptiquo qu'aujourd'hui.

Les auteurs qui ont nié cette action ont été trop loin dans leurs assertions; il faut donc bien se garder de bannir l'iodoforme de la chirurgie pratique.

M. Von Volkmann fait part au Congrès de la joie que lui causent les résultats cités par l'orateur et qui expliquent clairement à quoi tiennent les contradictions entre les conclusions théoriques qui semblaient découler des expériences de Heyn et Roosing, et les faits de la pratique de tous les jours ; la confusion est donc ainsi évitée.

M. Bruns (de Tubingue). *Action antituberculeuse de l'iodoforme.* On ne sait encore si l'iodoforme a une influence antituberculeuse locale. Les opinions sont loin de concorder. Les uns n'admettent pas cette influence et d'autres soutiennent l'avoir observée. Ces dissensions proviennent du fait qu'avec le mode d'emploi ordinaire du médicament, il n'est guère possible de résoudre la question d'une façon péremptoire. L'iodoforme doit agir seul ; on a pu parvenir à ce but dans le traitement des abcès froids par injection iodoformée. Cette méthode n'est pas encore suffisamment adoptée. Bruns a traité 50 cas par cette méthode : il a aspiré le pus de l'abcès, puis injecté un mélange de 10 0/0 d'iodoforme dans de la glycérine et de l'alcool. Il n'y eut jamais de réaction ni d'intoxication. Quelquefois une seule injection suffit, mais, en général, il en faut deux ou trois, à trois ou quatre semaines d'intervalle, pour voir disparaître l'abcès. La guérison dure en général quelques mois. Sur 54 cas, 40 ont guéri; parmi ces derniers, il y avait de nombreux gros abcès, contenant de 400 à 2.000 grammes de pus. Ces résultats concordent absolument avec ceux de Mikulicz, Verneuil et Billroth. Ces faits ont une grande valeur, car il ne faut pas oublier avec quelle peine on arrive, par d'autres méthodes, à guérir ces lésions ; la cause en est dans la nature tuberculeuse de ces abcès. La guérison, par l'iodoforme, nous prouve que cette substance a une action antituberculeuse. Il ne faudrait pas croire à une action caustique détruisant les tubercules ; l'effet s'explique par le fait que le contact intime de l'iodoforme avec la surface de l'abcès a nécrosé les tissus tuberculeux, ce qui provoque la production de granulations normales. Pour expérimenter l'influence de l'iodoforme sur les bacilles tuberculeux, on a, après l'injection, ouvert quelques abcès et extirpé les parois. On a obtenu, sur 8 cas, des préparations qui ont été examinées à fond. On n'a choisi que des abcès manifestement tuberculeux. Voici les résultats obtenus : Le premier changement consiste dans la disparition des bacilles tuberculeux dans les parois de l'abcès, tandis qu'on en trouvait dans les préparations de contrôle. Un grand nombre de granulations saines se développèrent jusqu'à ce que la couche tuberculeuse se fût mélangée au contenu liquide de l'abcès.

Puis le système vasculaire s'oblitéra. Les granulations se transformèrent en tissu conjonctif, l'exsudat fut résorbé et l'exsudation s'arrêta. Tout cela nous montre que l'iodoforme est capable de détruire le bacille, cause de l'affection tuberculeuse, ce qui provoque la guérison. Si ces faits se confirment dans la suite, nous aurons dans l'iodoforme un spécifique pour le traitement de la tuberculose.

M. Sauger s'est longtemps attaché à l'étude des staphylococcus pyogènes aureus et de l'influence qu'exerce sur lui l'iodoforme, mais il s'est bien gardé de tirer de ses travaux, qui confirment ceux des auteurs danois Heyn et Roosing, les conclusions qu'ont formulées ces derniers autours. Il importe peu que l'iodoforme tue les bactéries ou soit capable de s'opposer à leur prolifération, mais bien de savoir si l'iodoforme influence les bactéries pathogènes. Le stapylococcus pyogène aureus ne semble pas un organisme favorable pour ce genre de recherches. Il n'a pas les propriétés que les livres lui assignent; aussi l'orateur l'a-t-il abandonné pour s'adresser au bacille de l'anthrax. Voici ce qu'il a constaté : Les bacilles de l'anthrax sont entravés dans leur croissance par l'iodoforme ; la faculté de pulluler sur la gélatine est diminuée et ils finissent par disparaître tout à fait. Les essais concordent avec ceux de M. de Ruyter. En même temps qu'on constate cette destruction des bacilles, on observe chez eux des transformations anatomiques qui ne sont qu'une dégénérescence du protoplasme. Le bacille de l'anthrax est d'ordinaire constitué par un cylindre solide, mais dans ces expériences on voit bientôt le protoplasma se désagréger et le bacille se changer en un tube : lo protoplasme

devient granuleux et un tube hyalin se montre enfin au centre. Cette action de l'iodoforme n'est pas spécifique, car d'autres substances la produisent aussi. Si l'on inocule à des souris des cultures de bacilles de l'anthrax iodoformées, on obtient des résultats bizarres. Si l'inoculation se fait avec des cultures vieilles de un à trois jours les animaux meurent un jour après l'opération. Si la culture a plus de trois jours de date, la mort est retardée. Quand la culture date de plus de six jours, les souris ne meurent plus ; l'iodoforme modifie donc très manifestement la virulence du bacille. Ces essais ont été faits au laboratoire et l'on a seulement recherché sur le vivant si l'iodoforme agit localement ou sur tout l'organisme. Sur les animaux, on fit une poche sous-cutanée dans laquelle on introduisit des bacilles de l'anthrax. Les animaux moururent au bout d'un quart d'heure à une demi-heure. Si on mettait dans la poche pendant quelque temps de l'iodoforme et ensuite seulement des bacilles, les animaux résistaient. L'iodoforme produit donc des transformations suffisantes dans l'organisme pour rendre ces bacilles inoffensifs. Donc l'iodoforme présente une action locale bacillicide manifeste. Il faut donc, dans la pratique, employer l'iodoformo seulement quand une plaie a été rendue d'abord aseptique, car, sans cette précaution, les bactéries s'introduiront dans l'organisme et ne pourront être modifiées.

M. Gentzmer (de Halle) a fait disparaître des tumeurs et des ganglions lymphatiques tuberculeux avec le thermocautère, lorsque ces tumeurs étaient inaccessibles au bistouri. Pour les petites glandes, il suffit d'introduire dans la substance une pointe de thermocautère en forme d'aiguille ; pour les grosses glandes, le thermocautère en lame de couteau est préférable ; on promène la lame dans le ganglion. Au bout de quelques semaines, les glandes diminuent et disparaissent. Depuis ce temps, l'orateur a traité beaucoup de tumeurs de cette façon et s'en est fort bien trouvé. Il a traité de même 5 testicules tuberculeux : 2 fois la tumeur a disparu et 3 fois elle a beaucoup diminué. L'orateur a aussi employé la méthode dans 2 cas de goître suffocant. L'opération a été faite en trois temps, au moyen d'incisions profondes de 3 centimètres avec le thermocautère qu'il laissa agir quelques secondes. Le résultat fut bon.

Von Volkmann croit devoir mettre en doute l'excellence de ces résultats. *(A suivre.)* L. Casper.

CORRESPONDANCE

Hospitalisation des vénériens et des vénériennes.

A M. Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous dire que vous avez bien raison d'appeler l'attention des médecins et des administrateurs sur la situation des vénériens et des vénériennes dans les hôpitaux, surtout en province. Les faits que vous avez cités ne sont pas, malheureusement, des faits isolés. Il est vrai qu'à la fin du XIXe siècle, il existe encore, dans bon nombre de villes des services d'hôpitaux qui ne veulent pas recevoir les malades atteints de maladies vénériennes. Dans les hôpitaux où on les subit en quelque sorte, ces malades sont relégués dans des cabinets séparés, heureux encore quand on ne les met pas sous les combles où, exposés au froid l'hiver, et à une température élevée l'été, ils sont enfermés sous clefs, ne recevant que la visite du médecin le matin, et celle de la personne chargée de leur apporter les aliments.

Voici, à l'appui, ce que j'ai observé il y a quelque temps, en visitant l'hôpital de Dinan (Côtes-du-Nord), tenu, cela va de soi en Bretagne, par des religieuses. J'ai vu une jeune fille atteinte de syphilis qui était enfermée sous clef dans un cabinet étroit placé à l'extrémité de la salle des femmes où elle était sévèrement confinée, sans communication avec personne, passant son temps à pleurer. Ajoutons que rien n'indique que ce cabinet soit chauffé en hiver. Et cette malheureuse était encore bien partagée si je la compare à une autre fille, atteinte de vaginite : celle-ci était logée tout en haut de l'hôpital, sous le toit, dans un réduit malpropre, tapissé de toiles d'araignée. Naturellement elle était sous clef comme la précédente, et, de plus, loin de tout secours en cas d'accident. Comme on le voit, ces deux femmes n'étaient pas traitées en *malades*, mais en *prisonnières* dangereuses et plus dûrement même, par suite de leur isolement...

Laissez-nous vous citer encore un autre fait dont nous avons été témoin dans le même établissement. Au rez-de-chaussée de ce même hôpital, il y a plusieurs lits consacrés aux nouveau-nés qui sont emmaillotés et couchés deux par deux, ou trois par trois sur chaque lit. Plusieurs d'entre eux étaient atteints de conjonctivite purulente. On leur passait successivement le même biberon dont le bout, à moitié rongé, avait été recousu habilement, en un mot bien disposé pour la propagation des maladies contagieuses de la bouche. Je ne voulus pas voir s'il y avait des enfants syphilitiques : je préfère ne pas le croire.......

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr X...

Aux renseignements donnés précédemment par le *Progrès médical* (no 12, p. 232 ; no 16, p. 312 ; no 18, p. 354 et 366) et aujourd'hui par l'un de nos lecteurs, nous en ajouterons rapidement quelques autres. A l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, les vénériennes, assez rares, car il n'y a pas de garnison, sont reçues, mais on les met dans la salle des vieilles femmes gâteuses. On avait eu d'abord l'intention de les mettre dans un cabanon, à côté du cabanon des aliénés, *très loin* des salles de malades, c'est-à-dire de tout secours, dans l'ancien bâtiment qui servait autrefois de boulangerie, au-dessus de l' « ensevelissoir » pour employer l'expression de la religieuse qui nous accompagnait, ou, en d'autres termes, au-dessus de la salle d'autopsie. Une vénérienne s'étant présentée avec son enfant, on a eu honte de l'encabanonner. De là est venu le projet d'abandonner l'idée première et de placer les vénériennes avec les « malpropres ». Et elles s'en plaignent même, au grand étonnement des religieuses!

A l'Hôtel-Dieu d'Epernay, on a installé un *dispensaire pour les maladies vénériennes*, avec 3 lits, une baignoire et un lavabo. Les malades se trouvent ainsi isolées des autres malades, c'est-à-dire placées dans des conditions inacceptables. Si cette installation, qui a été faite pour ne plus envoyer les vénériennes à Reims, où l'on payait un prix de journée de 2 fr., a permis à la Commission administrative de l'hospice de réaliser des économies, elle a eu le plus triste résultat au point de vue de l'hygiène et de la véritable assistance. En effet, d'après ce qui nous a été affirmé, le dispensaire n'a reçu que *deux* vénériennes en *quatre ans*. Est-ce à dire que les maladies vénériennes aient disparu d'Epernay? Non, mais les femmes qui sont malades se réfugient à Ay et à Danzy, communes voisines d'Epernay, dont elles sont séparées par une rivière et où il n'y a aucun règlement de police des mœurs... ce dont nous ne les blâmons pas.

A l'hôpital-hospice de Bar-le-Duc, la salle des vénériennes, qui contient cinq lits, est sous le toit, mansardée, avec des fenêtres pourvues d'un grillage à fines mailles, avec porte munie de serrures et de verrous. A côté se trouve l'indispensable cachot, dont la disposition matérielle et l'insuffisance du cube d'air, etc., auraient dû entraîner depuis longtemps la suppression.

Les vénériennes ne sont pas reçues à l'Hôtel-Dieu de Commercy, ville militaire ; la supérieure n'a pu nous dire où elles étaient, nous ne dirons pas soignées, mais internées ou encore mieux emprisonnées. Il en est de même dans une ville, non moins militaire, à Lunéville, où les vénériennes ne sont pas admises à l'hôpital St-Jacques.

Nous continuerons, s'il y a lieu, l'exposé des renseignements que nous possédons et d'où il suit que, encore à notre époque, il y a des maladies qui sont regardées comme honteuses, comme une punition du Ciel, et que les malheureuses qui en sont atteintes n'ont pas droit à l'assistance ou que, si on daigne les recevoir, on les place dans des conditions telles qu'elles sont en droit de tout tenter pour se soustraire à une assistance si singulière qu'elle ressemble à un emprisonnement. En un mot, on prend toutes les mesures nécessaires pour éloigner de l'hôpital les malades vénériens et surtout vénériennes, alors que l'hygiène publique et l'intérêt social conseillent, au contraire, énergiquement de faire tout le possible afin de les y attirer, de les soigner et les guérir. B.

THÉRAPEUTIQUE

De l'usage et du choix des purgatifs.

On peut affirmer, sans exagération, que, de tous les médicaments, les purgatifs sont ceux dont la consommation est la plus étendue.

Il suffit d'y penser pour reconnaître que nous puisons très souvent dans cette catégorie d'agents thérapeutiques pour la composition de nos ordonnances. Mais le nombre de nos prescriptions, à cet égard, ne peut donner qu'une idée très insuffisante de la quantité de purgatifs que le public s'administre, avec le concours ou la complicité des pharmaciens. Cette tendance ou ce besoin auquel le public obéit a évidemment sa source dans certains dérangements de la santé dont la fréquence est en rapport direct avec la quantité des médecines qu'il absorbe. Et ces désordres si communs, on peut le dire sans hésiter, sont des troubles dyspeptiques.

Sans vouloir, comme Beau et Broussais, faire entrer dans le cadre de la dyspepsie la pathologie interne presque entière, nul ne peut méconnaître, à l'exemple de Chomel et des maîtres contemporains les plus autorisés, l'extrême fréquence de ce syndrôme morbide; on doit admettre encore que l'état dyspeptique commande hiérarchiquement la plupart de ces malaises que nous considérons volontiers comme des oscillations de la santé, plutôt que comme des phénomènes morbides véritables. En d'autres termes, si l'estomac n'est pas le point de départ de toutes les maladies, c'est toujours faute d'un bon estomac qu'on est mal portant ou valétudinaire. En conséquence, nous admettons aussi comme bien fondée cette pensée, exprimée dans plus d'un traité de dyspepsie, que le médecin qui a l'intelligence de cet état morbide possède la clef d'une foule de phénomènes obscurs et inexpliqués pour tout autre.

Or, les purgatifs sont incontestablement les agents médicamenteux qui rendent le plus de services aux dyspeptiques. Ils en ont le sentiment; c'est ce qui explique leur fidélité à ces moyens; et, s'ils se passent souvent de nos conseils pour la direction de leur santé, c'est que, de toute nos prescriptions, ils n'ont retenu que celle qui leur fut de quelque secours.

Et, en vérité, en dehors des purgatifs, tout ce qu'on fait aux maladies d'estomac n'a ni résultat certain, ni effet appréciable.

Il y a bien le régime, qui est le plus puissant modificateur. Mais combien rencontre-t-on de malades qui s'y astreignent suffisamment et même qui le comprennent?

En définitive, qu'a-t-on inventé de neuf contre la dyspepsie, avec ou sans dilatation? — le lavage de l'estomac. Mais c'est là précisément l'action principale de la médication purgative Il y a plus, c'est que la pluie de sérosité que provoque le purgatif sur toute la surface du canal digestif nous paraît un moyen plus efficace de produire un nettoyage réel des muqueuses que le lavage mécanique. Est-ce que, ainsi que Trousseau en a fait l'observation, la langue ne se nettoie pas beaucoup mieux par l'acte de manger, qui suscite les sécrétions de la muqueuse, que par l'action d'un raclage à l'aide d'un instrument? Quoiqu'il en soit, l'usage des purgatifs soulage souvent les dyspeptiques.

Si, à cette catégorie de consommateurs, on ajoute le contingent des constipés de toute espèce, on sera moins surpris de l'énorme place que les purgatifs occupent dans le débit de la pharmacie.

Cette classe de médicaments donne lieu à un autre sujet d'étonnement: pour notre part, nous sommes stupéfaits de voir rechercher obstinément de nouveaux produits dans cette partie déjà si encombrée de la matière médicale.

Sans doute, aucun purgatif ne sied à tous les tempéraments, ni à tous les cas. Mais n'est-il pas oiseux de poursuivre ce merle blanc? Pour l'usage courant, il suffit qu'un purgatif soit efficace, peu ou pas douloureux et inoffensif. Il est préférable, dans la grande majorité des cas, qu'il soit hypercrinique. c'est-à-dire qu'il traduise son action par un flux de sérosité. Les eaux minérales purgatives, en général, satisfont à ces conditions. Elles ont cependant au moins deux défauts: d'abord, la plupart sont d'origine étrangère, et nous payons déjà d'assez lourds tributs à l'étranger; de plus, toutes ont une amertume fort désagréable. Pour ces motifs, les délicats préfèrent la limonade Rogé. Mais il y a encore mieux: c'est la poudre ou sel de Rogé avec lequel on fait soi-même sa limonade. Ceci est une vraie trouvaille de la pharmacie et qui a un cachet bien français. En effet, la limonade Rogé est d'une préparation et surtout d'une conservation difficile, tandis que la poudre Rogé se conserve indéfiniment et sous tous les climats. On peut en avoir toujours sa provision pour s'en servir au moment opportun. Elle peut, dit Bouchardat, dans son Formulaire, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.

Ce médicament est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il purge aussi bien que l'eau de Sedlitz, n'occasionne ni soif, ni épreintes, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit *tuto* et *jucunde* (Pr Soubeiran).

Dr A.

VARIA

VIe Congrès international d'hygiène et de démographie, Vienne 1887. (Exposition internationale d'hygiène et de démographie. Vienne, 1887)

Le VIe Congrès international d'hygiène et de démographie se réunira à Vienne, le 26 septembre 1887. A titre d'annexe, le Congrès sera accompagné pendant toute sa durée (du 26 septembre au 2 octobre 1887), d'une Exposition d'objets et de documents. L'Exposition aura lieu au palais de l'Université (Franzens-Ring). Malgré sa courte durée, cette Exposition ne peut manquer d'attirer l'attention générale, vu son caractère international et l'actualité des objets qu'elle est destinée à présenter. La commission organisatrice du Congrès, ainsi que le Comité de l'Exposition prie, en cas d'adhésion, de vouloir bien en porter connaissance au Comité de l'Exposition (Vienne, I, Renn-Gasse, 20) qui s'empressera de soumettre règlements et formulaires pour les demandes de participation.

Règlement. — *I. But :* Le Congrès sera accompagné pendant toute sa durée, d'une Exposition, dans le but de rassembler tous modèles, plans, documents, etc., ayant rapport avec l'hygiène et la démographie et appelés à fixer l'attention publique par leur actualité ou par leur importance. L'Exposition revêtira le caractère international. — *II. Objets à exposer :* Pourront figurer à l'Exposition : livres ou publications de tout genre, photographies, dessins et modèles, cartes, plans et tables, épreuves, échantillons, instruments, appareils et petites machines, ayant rapport avec les travaux d'hygiène et de démographie. — *III. Lieu de l'Exposition:* L'Exposition aura lieu au palais de l'Université (Franzens-Ring). — *IV. Durée de l'Exposition :* L'Exposition sera ouverte du 26 septembre au 2 octobre 1887, aux heures fixées ultérieurement. — *V. Demandes d'admission :* Les demandes de participation devront être remises au Comité (Renn-Gasse, 20) jusqu'au 30 juin 1887 au plus tard. Une description sommaire des objets exposés devra être jointe à la demande d'admission. — *VI. Admission des objets envoyés :* Vu l'emplacement restreint, le Comité de l'Exposition se réserve le droit d'examiner les demandes de participation au point de vue de l'importance ou de l'actualité des objets à exposer et de décider sur leur admission. — *VII. Classification :* La classification des objets exposés sera arrêtée ultérieurement. — *VIII. Catalogue :* Un catalogue des objets exposés sera dressé d'après les descriptions sommaires fournies par les exposants. Ce catalogue sera distribué gratuitement aux membres du Congrès et aux exposants. — *IX. Location des places :* Une location pour l'emplacement occupé à l'Exposition ne sera pas perçue. — *X. Transport des objets exposés :* L'envoi et le renvoi des objets exposés se fera aux risques et périls et aux frais des exposants. — *XI. Assurance :* Les objets exposés pourront être assurés sur demande des exposants et à leurs frais. — *XII. Surveillance pendant l'Exposition :* En mesure de possibilité, le Comité aura soin de prévenir tout endommagement des objets exposés et d'en sauvegarder les droits d'auteur, en interdisant toute copie. — *XIII. Visiteurs de l'Exposition :* L'Exposition étant destinée en première ligne à l'usage gratuit des membres du Congrès, le Comité décidera ultérieurement sur l'admission du public. — *XIV. Rapport sur l'Exposition :* Après clôture, un rapport constatant les résultats de l'Exposition sera distribué aux membres du Congrès et aux exposants. — *XV. Comité de l'Exposition :* On est prié de vouloir

bien adresser toute la correspondance relative à l'Exposition, au Comité de l'Exposition du VI[e] Congrès international d'hygiène et de démographie. Vienne 1887, à Vienne, I., Renn-Gasse, 20.

A propos de M. Boussingault.

Comme complément de la notice nécrologique que le *Progrès médical* a publiée sur Boussingault, il convient de rappeler l'anecdote suivante peu connue de la génération actuelle. A la suite du coup d'Etat de 1851, le Conservatoire des arts et métiers fut licencié et les professeurs parmi lesquels se trouvait Boussingault mis en disponibilité. C'était, nous assure-t-on, à l'instigation de M. Georges Ville, actuellement professeur au Muséum, et à cette époque simple pharmacien sans position bien assurée, que cette mesure avait été prise. Quelques semaines plus tard le Conservatoire était réorganisé, tous les professeurs étaient réintégrés, sauf un, dont le nom était sur l'affiche, remplacé par celui de M. Georges Ville! Ainsi, cet ami du pouvoir s'était simplement substitué au créateur de la chimie agricole en France. La démission en masse de tous les professeurs, sauf celle de M. Georges Ville, qui suivit, le scandale causé fut tel, que le Ministre dut réintégrer Boussingault dans sa chaire.

Comme compensation, on créa pour M. Georges Ville une chaire de chimie agricole au Muséum. C'est ainsi que M. Georges Ville est entré au Muséum. Il y est encore. Il a 65 ans passés et *tous les titres voulus* pour être mis à la retraite. Particularité intéressante : Il loge au *premier étage* et M. Chevreul, malgré ses cent ans, doit grimper au *second*, au-dessus du savant de l'Empire!

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Rémy, Terrillon — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Reynier, Kirmisson. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie), 1[re] *Série* : MM. Guyon, Damaschino, Ch. Richet; — 2[e] *Série* : MM. Charcot, Marchand, Straus; — 3[e] *Série* : MM. Fournier, Reclus, Rendu. — 3[e] *de Doctorat*. oral (1[re] partie), MM. Trélat, Pinard, Segond. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy.

MARDI 24. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Mathias-Duval, Campenon. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Bouilly; — 3[e] *de Doctorat* (2[e] partie) : MM. Peter, Troisier, Hallopeau. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Hanot. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Charité), 1[re] *Série* : MM. Panas, Grancher, Ribemont-Dessaignes; — 2[e] *Série* : MM. Le Fort, Tarnier, Humbert; — (2[e] partie) : MM. Laboulbène, Cornil, Quinquaud.

MERCREDI 25. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Reclus, Segond. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie), 1[re] *Série* : MM. Charcot, Reynier, Kirmisson; — 3[e] *Série* : MM. Hayem, Marchand, Straus; — (2[e] partie) : MM. Gautier, Rémy, Ch. Richet. — 5[e] *de Doctorat*, (1[re] partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Lannelongue, Budin; — (2[e] partie) : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

JEUDI 26. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Bouilly. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Duplay, Peyrot. — 3[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Quenu; — (2[e] partie) : MM Jaccoud, Dieulafoy, Hutinel. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Proust, Grancher, Hallopeau.

VENDREDI 27. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Reynier, Terrillon. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie), 1[re] *Série* : MM. Trélat, Potain, Segond; — 2[e] *Série* : MM. Charcot, Reclus, Kirmisson; — 3[e] *Série* : MM. Fournier, Marchand, Ch. Richet; — 4[e] *Série* : MM. Hayem, Lannelongue, A. Robin; — 5[e] *Série* : MM. Guyon, Rémy, Straus.

SAMEDI 28. — Dissect. (Epreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Humbert. — 2[e] *de Doctorat*, oral (1[re] partie), 1[re] *Série* : MM. Laboulbène, Troisier, Richelot; — 2[e] *Série* : MM Ball, Grancher, Quenu; — 3[e] *Série* : MM. Duplay, Dieulafoy, Peyrot. — 3[e] *de Doctorat* (2[e] partie) : MM. Brouardel, Proust, Joffroy. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] partie) (Hotel-Dieu) : MM. Panas, Tarnier, Bouilly; — (2[e] partie) : MM. Peter, Cornil, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 25. — M. Cohen. Orteil en marteau — Nouveau traitement. — M. Christesco. Contributions sur l'étude thérapeutique du lupus de la face. — *Jeudi* 26. — M. Bachelier. La scolopendre et sa piqûre. Accidents qu'elle détermine chez l'homme. — M. Gaignard. La Solanine. Etude physiologique et thérapeutique. — M. Morel. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Quelques observations de formes anormales. — M. Bouffaré. — Contribution à l'étude du pneumo-thorax de cause interne. Son pronostic. — M. Perlis. De la pyohémie consécutive à la pneumonie franche. M. Pignol. Signes stéthoscopiques. — M. Samson. Quelques paralysies viscérales dans la paralysie générale.

Enseignement médical libre.

Cours technique microscopique. — M. le D[r] LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 23 mai, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques, exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit, 4, rue Jean-Lantier, chez le D[r] Latteux, de 1 heure à 2 heures. Un autre cours commencera également à 8 heures du soir, le 16 mai, trois fois par semaine.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 mai 1887 au samedi 14 mai 1887, les naissances ont été au nombre de 1013, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 361 ; illégitimes, 136. Total, 497. — *Sexe féminin* : légitimes, 381 ; illégitimes, 135. Total, 516

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 mai 1887 au samedi 14 mai 1887, les décès ont été au nombre de 1082, savoir : 582 hommes et 480 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 4. T. 14. — Variole : M. 8, F. 6, T. 14. — Rougeole : M. 24, F. 32. T. 56. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 6. T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 19 F. 11, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 89. T. 212. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 16. T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 6. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 21. T. 34. — Méningite simple : M. 18, F. 19. T. 37. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 23. T. 53. — Paralysie : M. 1, F. 3 T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 28. T. 60. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 18 T. 29. — Bronchite chronique : M. 18, F. 17. T. 35. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 12. T. 28. — Pneumonie M. 41, F. 34. T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 9. T. 29. — Gastro-entérite, sein : M 8, F. 8. T. 16. — Autres gastro-entérite : M. 6, F. 2. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 9, T. 23. — Sénilité : M. 11, F. 14. T. 25. — Suicide : M. 10, F. 4. T. 14. — Autres morts violentes : M. 14, F. 0. T. 14. — Autres causes de mort : M. 104. F. 77. T. 181. — Causes restées inconnues : M. 4. F. 3. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 22. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 22; illégitimes, 9. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis aux candidats ajournés avant le 9 juin* 1887. MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1887 sont informés que : 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet. 2° Les épreuves orales seront renouvelées : Du 15 juin au 1[er] juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; Du 1[er] au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin. Les candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 31 mai 1887 inclusivement, dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin consigneront jusqu'au 14 juin 1887 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec (Décision de la Commission scolaire, en date du 29 avril 1887).

Concours pour l'adjuvat. — La seconde épreuve (épreuve orale, sur un sujet d'anatomie descriptive), a eu lieu le 16 courant, à quatre heures, à la Faculté de médecine. L'un des candidats, M. Pozzi, s'est retiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. *Dispense des droits d'inscriptions.* — La Faculté vient de décider que 26 étudiants en médecine et 25 étudiants en pharmacie avaient droit à une dispense des droits d'inscription Il paraîtrait qu'un certain nombre de demandes de dispense ont été d'emblée rejetées parce qu'elles n'ont pas été faites suivant les instructions ministérielles sur du papier timbré. Ce qui prouve que pour essayer de gagner 30 francs il ne faut pas hésiter à sacrifier au moins 0 fr. 60 c. Avis aux étudiants qui paraissent ignorer que toute demande adressée au Doyen doit être sur papier timbré.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. MOMONT (J.-F.), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Boignier, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. JOANNIS, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Bordeaux, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie industrielle à ladite Faculté, en remplacement de M. Klein, décédé.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER.— M. DE FORCRAND, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Caen, est chargé d'un cours de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. TRUC, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire de clinique ophtalmologique.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER.—M. COCHEZ, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Saliéges, démissionnaire.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Université de Halle* : M. KALTENBACK (de Giessen) est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie. — *Université de Munich* : M. A. VOGEL est nommé directeur de la policlinique pédiatrique. — *Université tchèque de Prague* : M. DEYL est nommé privat docent d'ophthalmologie.

CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE LICENCE. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le règlement du 31 mai 1886, arrête : L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence aura lieu au siège des Facultés des sciences et des lettres, le lundi 4 juillet. Il est accordé quatre heures pour chacune des compositions ; elles commenceront à huit heures du matin. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 juin, à quatre heures.

CONCOURS INSTITUÉ PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BOLOGNE. — Elle a mis au concours les deux questions suivantes : *de la valeur des moyens antipyrétiques ; — de l'antisepsie en chirurgie et de la valeur des antiseptiques.* Les prix de 500 fr. seront accordés aux meilleurs mémoires parvenus à la présidence de la Société jusqu'au 31 décembre 1888.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DE VIENNE. — La direction générale imp. et roy. des chemins de fer autrichiens a accordé aux personnes qui prendront part au VIe Congrès international d'hygiène et de démographie convoqué à Vienne du 26 septembre au 2 octobre une réduction de prix de 50 0/0 pour toutes les classes de ses lignes, aller et retour, et pour tous ses trains réguliers de voyageurs (Stations frontières de l'ouest : St. Margarethen et Buchs, vers la Suisse ; Simbach, Passau, Eisenstein et Eger, vers la Bavière. Les membres recevront pour les chemins de fer autrichiens des Cartes de légitimation, qui leur seront délivrées par le secrétariat général. Le chemin de fer français de l'Est et la ligne Paris-Lyon-Méditerranée ont fait espérer une réduction de 50 0/0 en faveur des membres du Congrès et des membres de leur famille qui voyageraient avec eux. Les directions des chemins de fer de l'empire d'Allemagne n'ont pas accordé de prix de faveur.

DROITS D'INSCRIPTION. — Les délégués des étudiants de Paris ont été reçus il y a quelque temps déjà par M. Floquet, à qui ils ont exposé leurs doléances relativement aux droits d'inscription. Le président de la Chambre les a engagés alors à demander à M. Rouvier à être entendus par la Commission du budget. Le président de la Commission du budget a promis de rapporter l'année prochaine, au moment de la discussion du budget de 1888, la réclamation des étudiants.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. (*Muséum d'histoire naturelle de Paris*). — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire Naturelle fera une excursion géologique le dimanche 22 mai 1887, à *Noisy-le-Sec* et *Romainville*. Rendez-vous gare de l'Est ou l'on prendra à 11 heures 25 minutes le train pour Noisy-le-Sec. On sera rentré à Paris vers 4 heures.

LES ÉLÈVES PHARMACIENS DE LA MARINE. — Le vice-amiral Aube, ministre de la marine, vient d'adresser aux préfets maritimes une circulaire relative aux conditions à remplir par les étudiants en médecine de l'Ecole navale, sollicitant la concession des inscriptions de doctorat Cette circulaire dit que, à la date du 25 avril dernier, le ministre de l'instruction publique, consulté à cet effet, a décidé que les élèves en pharmacie des Ecoles de médecine navale ne peuvent prétendre obtenir des inscriptions de scolarité qu'après avoir accompli le stage officinal institué par les règlements. En conséquence, les élèves de ces Ecoles qui quittent le service sans avoir obtenu au moins les grades d'aide-pharmacien ou de pharmacien de 2e classe, et sans avoir rempli les autres conditions prévues par les règlements régissant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, tombent sous la stricte application des décrets du 20 juin, des 12 et 31 juillet 1878 et 26 juillet 1885. (*Gaz. de Bord.*)

L'HYPNOTISME DANS LES THÉATRES DE BORDEAUX.— L'administration municipale vient d'interdire, à Bordeaux, les représentations de Donato et de Lauri-Alli, qui donnaient des séances publiques d'hypnotisme à l'Alhambra et au théâtre Louit. Quelques accidents survenus à plusieurs sujets hypnotisés ont justifié cette mesure.

MÉDECINS CONSEILLERS MUNICIPAUX. — Voici les noms des médecins élus conseillers municipaux aux dernières élections. Ce sont : MM. Cattiaux, Chassaing, Chautemps, Deschamps, Desprès, Dubois, Lamouroux, Levraud, Navarre, Robinet.

HERBORISATIONS. — La Société botanique de France a fait jeudi 19 mai une herborisation à Champagne-Grandval (Seine-et-Oise).

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS. — La 60e assemblée des médecins et naturalistes allemands se tiendra à Wiesbaden du 18 au 24 septembre, sous la présidence de MM. Fresenius et Pagenstecher. Une Exposition d'appareils, d'instruments, de préparations anatomiques, correspondant aux groupes mentionnés ci-dessous, sera ouverte à la même époque et sous les mêmes auspices. Les exposants ne seront soumis à aucun loyer, à aucun impôt. S'adresser à M. Dreyfus, 44, Frankfurterstrasse, Wiesbaden. L'Exposition comprendra les groupes suivants : 1° Chimie ; 2° Physique et micrologie ; 3° Sciences naturelles ; 4° Géographie ; 5° Equipement ; 6° Photographie ; 7° Anthropologie ; 8° Biologie et physiologie ; 9° Hygiène ; 10° Ophthalmologie ; 11° Laryngologie, rhinologie, otratie ; 12° Electrothérapie et neurologie ; 13° Gynécologie ; 14° Chirurgie ; 15° Corps de santé militaire ; 16° Orthopédie ; 17° Art et technique dentaire ; 18° Pharmacie et pharmacologie.

SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE. — La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solennelle le 22 mai 1887, sous la présidence de M. Le Royer, Président du Sénat, assisté de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de Médecine, Président de la Société. Après avoir entendu quelques paroles chaleureuses de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le Dr A Motet, la conférence éloquente de M. le sénateur Hip. Maze, directeur de la *Revue des Institutions de prévoyance*, le rapport de MM. Decaisne et celui de M. Guignard, sur les récompenses, la Société a décerné : Une médaille de vermeil à M. le Dr Tourdot, auteur d'un important mémoire sur l'alcoolisme, dans le département de la Seine-Inférieure. 216 diplômes de membre associé honoraire, 8 médailles d'argent, 233 médailles de bronze, 14 livrets de caisse d'épargne postale de 10 francs, 17 diplômes de rappel de récompenses antérieures et 602 diplômes de témoignages de satisfaction ; 87 volumes de ses bulletins, 96 exemplaires de l'*Essai sur l'Intempérance*, de M. Edmond Bertrand, 401 manuels Picard, 479 exemplaires du *Mécanicien Gerbal*, de M. *Paul Timon*, et 810 exemplaires des années 1880 à 1888 du *Bon Conseiller*.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur ALFRED MEADOWS, président de la Société de gynécologie de Londres. — M. le docteur RANSON (de Jarnac).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi et vendredi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. TERRILLON. Leçon le mercredi à 10 heures et opérations le samedi.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le Dr Charles MAURIAC reprendra ses leçons cliniques, sur la syphiliographie, le samedi 21 mai, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical

BERBEZ (P.). — **Hystérie et traumatisme. Paralysies, contracture, Arthralgies, Hystéro-traumatismes.** 1 volume in-8 de 127 pages. — Prix : 3 fr. 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50 c.

BRISSAUD (E.) et MARIE (P.). — **De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique.** Brochure in-8 de 20 pages, avec 3 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

VILLAR (F.). — Tumeurs de l'ombilic. Volume in-8 de 156 pages, avec 7 phothogravures, Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie G. CARRÉ, 112, boul. Saint-Germain.

VERRIER (E.). — De la deuxième enfance. — Hygiène. — Education. Brochure in-8° de 45 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 22. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 MAI 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU. — M. le Pr **PANAS**.

Les mouches volantes (1).

Le malade que je vous ai montré tout à l'heure est peintre de paysages sur éventail. Il ne présente aucun antécédent pathologique, héréditaire ou personnel.

Jamais il n'a souffert des yeux qui, dit-il, sont excellents et lui ont toujours permis de se livrer à son travail sans fatigue. Il y a un mois environ, ne pouvant dormir, il passait ses nuits à lire au lit, tantôt avec l'un, tantôt avec l'autre œil quand il se sentait fatigué. Le matin il ressentait des picotements dans les yeux, la lumière blanche, le papier blanc lui causaient une impression désagréable, l'éblouissaient.

Puis la vue s'est brouillée, il lui devint impossible de fixer les objets, d'en avoir une vision nette. Enfin, il s'aperçut que lorsqu'il regardait sur un fond blanc il voyait, de l'œil gauche, un cercle mobile, suivant tous les mouvements de cet œil.

A la lumière diffuse, ce disque disparaît. Il est noir ou plutôt grisâtre, toujours situé du côté externe.

Il disparaît dans l'obscurité. Par une attention soutenue, le malade peut l'annuler, mais il n'en est pas moins gêné pour son travail, et c'est pourquoi il est venu nous consulter.

On désigne le phénomène que nous présente ce malade sous le nom de *mouches volantes*.

Ce fait que les mouches continuent leur mouvement serpentin, alors que l'œil s'est fixé, s'est arrêté, nous permet de les distinguer des scotomes ou mouches fixes. Celles-ci, dues à l'atrophie ou à la perte de fonction d'une portion plus ou moins étendue de la rétine, ou à des opacités des milieux et surtout du cristallin, suivent tous les mouvements de l'œil et s'arrêtent avec lui.

D'une façon générale, les mouches sont les ombres rétiniennes de corps opaques placés sur le trajet des rayons lumineux ; elles sont fixes ou flottantes, suivant que ces corps sont eux-mêmes fixes ou flottants.

Parmi les corps opaques fixes, il y a d'abord ceux qui dépendent du cristallin et qu'on rencontre souvent au début de la cataracte.

Quelquefois une taie cornéenne peut donner lieu à des mouches, mais c'est là un fait vraiment exceptionnel. Les taies sont fréquentes et les mouches qu'elles causent très rares. Ces mouches sont toujours fixes. Quant aux mouches volantes vraies, elles ont leur siège dans le corps vitré.

On n'a jamais constaté de corps opaque capable de les déterminer dans l'humeur aqueuse.

Mais il est une autre classe de mouches volantes qu'on constate encore souvent et qu'on désigne sous le nom de spectre lacrymal, spectre muco-lacrymal, mouches volantes muco-lacrymales. Elles se rencontrent chez des individus atteints de conjonctivite, qui se plaignent d'avoir devant les yeux de petites nappes mobiles, plus ou moins colorés sur les bords. Ce phénomène provient d'un trouble de la sécrétion lacrymale. Pour qu'il se produise, il faut qu'il y ait au-devant de l'œil une couche de larmes contenant des parcelles de mucus ou des débris de corps gras provenant des glandes de Meibomius et formant de petits globes plus ou moins transparents, projetant leur ombre sur la cornée.

La petite irisation qui caractérise ces mouches volantes ne devra pas faire croire à l'existence d'un glaucome, comme cela est arrivé à des malades et même à des médecins.

Cette aréole colorée est facile à expliquer, étant donnée la forme globuleuse ou vésiculeuse des corpuscules opaques, qui décomposent la lumière à la façon des petites vésicules d'eau, contenant de l'air à leur intérieur, qui causent les brouillards (comme l'a démontré de Saussure) et qui nous montrent le soleil ou les becs de gaz avec une teinte rougeâtre et entourés d'une aréole colorée.

Dans le glaucome, on a également expliqué la chromopsie du début par le soulèvement séreux des lames superficielles de la cornée.

Arrivons maintenant aux mouches volantes qui ont leur siège dans le corps vitré, et que l'on a divisées en subjectives et objectives, en physiologiques et pathologiques, suivant que les corps leur donnant naissance sont ou ne sont pas visibles à l'ophthalmoscope.

Chez les myopes, on rencontre très souvent des corps noirs voltigeant dans le vitréum, au-devant de la rétine, affectant des formes très diverses, de serpents, de mouches, d'araignées, très gênantes pour les malades. Ce sont généralement des exsudats plastiques sécrétés par la choroïde ou par la rétine, et flottants dans le vitréum.

On pourrait, à cause de leur coloration noire, penser que ce sont des caillots hémorrhagiques; mais ils doivent leur couleur à ce qu'ils ne réfléchissent pas de lumière et qu'ils sont vus, par leur face obscure, sur le fond éclairé de l'œil.

Lorsqu'ils s'inclinent ou qu'on fait varier l'incidence des rayons lumineux, ils apparaissent avec une teinte grisâtre ou blanchâtre.

Donders a démontré que l'origine de ces troubles visuels se trouve souvent dans des altérations d'éléments cellulaires physiologiques tenus en suspension dans les couches plus ou moins ramollies du corps vitré.

Quant à celles qui ne répondent à aucune modification appréciable à l'ophthalmoscope, elles sont vraisemblablement dues à l'existence de corpuscules opaques, situés dans le corps vitré, qu'on ne voit pas, parce qu'ils ont à peu près le même indice de réfraction que le milieu dans lequel ils se trouvent.

C'est ainsi que lorsqu'on plonge dans du Baume de Canada une baguette de verre, elle semble coupée juste à la surface du liquide, et l'on ne voit pas la partie enfoncée, parce qu'elle a le même indice de réfraction que le verre.

C'est d'ailleurs cette propriété du Baume de Canada qui le fait utiliser en histologie pour monter les coupes.

Si l'existence de ces corps flottants ne paraît pas douteuse à *priori*, comme on ne les a jamais vus ni au

(1) Leçon du 1er avril 1887.

microscope, ni à l'ophthalmoscope, il en résulte qu'on ne peut faire que des hypothèses touchant leur nature.

On croit à des altérations histologiques et embryonnaires de débris de cellules endothéliales, provenant de l'artère centrale de la rétine, de l'artère hyaloïdienne, à un défaut de structure analogue aux défauts des glaces qui contiennent des bulles d'air.

Pour Donders, leur densité serait inférieure à celle du liquide dans lequel ils plongent : leur mouvement de retour (descente) vers le point qu'ils occupaient au commencement du mouvement du regard se portant de bas en haut, doit être en effet interprété, vu le renversement des images, comme un mouvement d'ascension consécutif à l'arrêt du mouvement du globe.

Pour pratiquer l'examen ophthalmoscopique, il faut se servir d'un éclairage faible et d'un miroir plan qui a le double avantage de donner moins de lumière et de permettre à la pupille de rester plus grande, sans atropine.

Il ne faut jamais oublier de faire la recherche de ces corps opaques dans l'examen d'un œil myope.

Souvent, malgré un examen très sérieux, on ne voit rien comme chez notre malade et, cependant, il décrit très bien sa mouche et en indique la forme, l'étendue, la teinte même ; certains mêmes la dessinent et cherchent à voir si elle grossit ou si elle diminue.

Les malades ne la voient pas dans toutes les conditions, tandis que les myopes les voient partout.

C'est seulement dans certaines circonstances qu'elles apparaissent devant un mur blanc, un œil uniformément couvert, l'océan, une grande pleine sablonneuse, lorsque le malade lit ou écrit sur du papier blanc, en un mot, lorsqu'il a sous les yeux une surface blanche, réfléchissant la lumière. Lorsqu'il regarde du papier gris, bleu ou jaune, il ne les voit pas. Elles manquent de même lorsque le malade regarde dans telle direction, et apparaissent dans telle autre (en dehors chez notre malade).

Les mouches volantes ne sont pas noires comme les mouches des myopes ou les scotomes rétiniens, mais elles sont d'un gris perlé, d'un gris transparent.

Lorsqu'on veut faire bien décrire leurs mouches par les malades il faut leur faire regarder une surface blanche à travers un trou sténopique.

Cette expérience les fixe et les rend plus nettes. En la répétant vous-même, vous vous apercevrez probablement que vous possédez des mouches volantes dont vous ne vous doutiez pas.

Le trou sténopique, diminuant l'éclairage, l'intensité de lumière augmente l'excitabilité de la rétine.

Tantôt, et le plus souvent, les mouches apparaissent sous la forme de petits globules grisâtres, de petits cercles isolés ou bien groupés en chapelets, en cordons de perles (spectre perlé). Tantôt ils rappellent l'aspect des étoiles, des diverses constellations. Tantôt on les a comparées à des toiles d'araignées.

D'autrefois, il existe un globe unique plus gros, se subdivisant en deux disques concentriques, celui du centre étant plus foncé ; c'est le spectre globulaire.

Plus rarement, elles prennent la forme de filaments ondulés rappelant les tresses de cheveux de femme. Makenzie qui les a signalés le premier les appelle spectre aqueux, à cause de leur couleur grisâtre, quelquefois bleuâtre.

Des mouches volantes, qui passaient inaperçues, se manifestent souvent quand on se sert d'un microscope.

Les malades, s'ils reconnaissent facilement le spectre lacrymal qui est irisé, confondent souvent les mouches volantes et les mouches fixes. Il faut un examen attentif, une observation minutieuse pour faire ce diagnostic.

Il ne suffit pas de faire fixer un objet au malade et de lui demander si la mouche est également fixe, car l'œil est en état d'équilibre instable et, alors même qu'il paraît fixe, il est encore le siège d'oscillations visibles à la loupe et son immobilité n'est qu'apparente.

Lorsqu'on trouve à l'ophthalmoscope plusieurs points opaques, soit cristalliniens, soit vitréens, il peut être intéressant de connaître leur profondeur relative. On y arrive en plaçant au-devant de la pupille un écran opaque percé de deux trous. Les rayons lumineux passant par ceux-ci donneront sur la rétine deux ombres de chacun des corps opaques. Les ombres les plus centrales sont celles qui correspondent au corps situé le plus près de la rétine, et les ombres les plus périphériques correspondent aux corps les plus éloignés de cette membrane.

C'est de cette façon qu'on arrive à reconnaître, sinon leur siège absolu, du moins leur profondeur relative.

Tous les yeux peuvent avoir des mouches volantes, même les yeux emmétropes ; mais toutes choses égales d'ailleurs, elles sont plus fréquentes chez les amétropes et plus particulièrement chez les myopes, surtout s'ils sont atteints de scléro-choroïdite postérieure.

La constatation de ces mouches ne doit pas nous effrayer, car elles n'ont pas par elle-même grande signification, ni grande gravité, puisque souvent elles passent inaperçues ou ne causent qu'une gêne insignifiante.

Mais il arrive parfois qu'elles gênent les malades pour peindre, lire, écrire. Si les malades sont raisonnables, on leur conseille de négliger leurs mouches et de n'y point faire attention, de s'en déshabituer peu à peu en un mot.

Si, au contraire, ils sont nerveux, il n'en est plus de même, ils s'inquiètent, ils se voient menacés de perdre la vue, sont tout le temps occupés de leur mouche, qu'ils dessinent pour voir si elle grossit, et peuvent même en devenir hypochondriaques.

Il n'est pas indifférent d'abandonner ces malades à eux-mêmes, et, si la persuasion ne suffit pas, il faut recourir à d'autres moyens.

Je ne vous parlerai pas des onctions, des collyres, des pommades, des lotions qui occupent les malades et n'ont qu'une action suggestive. Etant donné ce fait que les malades ne voient plus leur mouche, lorsque la lumière diminue, on leur prescrit des verres fumés, ou bleus, ou d'un jaune brunâtre, à leur gré.

Aux dames, le simple port d'une voilette foncée peut suffire.

Vous recommanderez également au malade d'éviter tout ce qui pourrait lui congestionner les yeux, les excès, la lecture, l'écriture, la vision des fonds blancs et éclairés, en un mot, tout travail fatiguant, tout ce qui pourrait faire reparaître la mouche.

L'essentiel est de donner quelque chose qui l'atténue ; une fois que le malade ne la voit plus ou la voit moins, il la néglige facilement et s'en déshabitue très vite, à moins qu'il ne soit névropathe, auquel cas il faut avoir beaucoup de patience et de ténacité.

Les mouches volantes ont été décrites par les auteurs du XVIII[e] siècle sous des noms divers, berlue, imagination, scotome mobile, *visus muscatum*, *visio phantasmatum*. Et la découverte de l'ophthalmoscope n'a guère contribué à leur connaissance qui reste encore entourée de certaines obscurités.

St-Yves, Daviel, Janin, Morgagni (*Adversaria anato-*

mica omnia VI. p. 94. *Lugdum Batavorum*, 1741, in-4°) en parlent et en donnent des explications diverses.

Buffon (Mémoires de l'Académie royale des sciences pour 1743, p. 156, Paris 1746) et Bœrhave (*Praelectiones publicæ de morbis oculorum*, p. 62). Gœttingen, 1746) donnent une description très nette et très curieuse de celles dont ils étaient atteints.

Charles Bonnet et Van Swieten rapportent qu'ils en furent incommodés pendant quelques temps après un usage immodéré du microscope.

Malgré l'opinion de Descartes, de Mariotte et de la plupart des auteurs, St-Yves (nouveau traité des maladies des yeux, Paris, 1722, in-12°) n'admettait pas que la rétine fût la membrane sensible de l'œil. Il la considérait comme un vernis protecteur, une sorte d'épiderme recouvrant la choroïde, chargée de recevoir les impressions lumineuses et de les transmettre au cerveau.

Ce vernis en se décollant à certaines places, comme le vernis des vieux tableaux, formait au-devant de la choroïde des bulles qui empêchaient les rayons lumineux d'arriver directement sur la membrane sensible ou bien n'en laissaient passer qu'une partie, d'où la formation d'ombres, de mouches volantes.

C'est cette hypothèse, tendant à expliquer les mouches volantes par des décollements de la rétine, qui a fait dire à tort à de Graefe et Semisch que St-Yves avait reconnu les décollements de la rétine bien avant l'invention de l'ophthalmoscope.

OBSTÉTRIQUE

Note sur un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse;

Par P. BUDIN.

Les thrombus de la vulve et du vagin sont très rarement observés pendant la grossesse, c'est surtout pendant l'accouchement ou après l'expulsion du fœtus qu'on en constate l'existence. Le peu de fréquence des thrombus pendant la grossesse suffirait donc pour expliquer la publication du fait qui va suivre, si son siège et son origine probables ne méritaient, en outre, d'attirer l'attention.

Le 24 mai 1886, se présentait à notre consultation de la Charité une jeune femme, Marie B..., âgée de 24 ans, domestique, qui se plaignait de perdre par les organes génitaux une certaine quantité de liquide sanguinolent.

Cette femme primipare, habituellement bien réglée, avait eu sa dernière époque menstruelle le 24 septembre 1885; elle se considérait comme étant enceinte de 7 mois et demi environ. Sauf quelques vomissements au début, sa grossesse n'avait rien présenté de particulier. Comme antécédents, on ne relève qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a nécessité un séjour de six semaines à l'hôpital; des ventouses scarifiées ont été, à cette époque, appliquées sur la région précordiale; il y a depuis un peu d'essoufflement et des battements de cœur, quand la malade se fatigue ou fait des efforts, mais à l'auscultation on n'entend aucun souffle, le premier bruit du cœur semble seulement un peu moins net qu'à l'état normal.

Le 23 mai, dans la matinée, la malade éprouve quelques douleurs dans les reins et l'abdomen, ces douleurs sont intermittentes et assez peu marquées pour qu'elle continue à faire son ménage et à vaquer à ses occupations.

A 2 heures de l'après-midi, elle se sent subitement mouillée : elle rentre chez elle et constate qu'elle perd de l'eau roussâtre, ce liquide est en quantité assez abondante pour imprégner sa chemise et mouiller ses bas. Elle s'aperçoit en même temps qu'il existe une petite tumeur au niveau des organes génitaux externes, tumeur qui est d'apparition toute récente. Craignant d'accoucher prématurément, elle se met sur un lit et l'écoulement diminue d'une façon notable, mais il devient plus rouge. Bientôt il n'y a plus qu'un simple suintement qui persiste pendant toute la soirée et toute la nuit; il est à peine apparent quand la malade se présente le 24 au matin à la Charité.

A l'examen, nous constatons qu'il existe une grossesse de 7 mois et demi environ, l'enfant se présente par le sommet en position occipito-iliaque droite, la tête n'est pas engagée. Il n'y a ni œdème, ni varices des membres inférieurs, au niveau des organes génitaux on trouve seulement deux veines un peu plus dilatées que normalement dans le sillon qui sépare la petite lèvre de la grande lèvre du côté droit.

A travers la vulve fait saillie une tumeur arrondie, noirâtre, qui vient de la cavité vaginale, sa consistance un peu pâteuse est assez résistante; à sa surface il y a des plis et des rides. On peut repousser dans la cavité du vagin cette tumeur qui a le volume d'un petit œuf

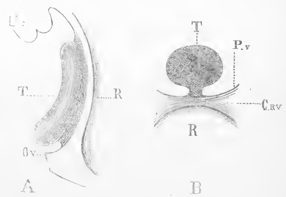


Fig. 38. — A. T, thrombus. — Ov, orifice vaginal — Vc, col de l'utérus. — R, Rectum. — B. I, thrombus. — Pv, paroi vaginale postérieure. — Crv, cloison recto-vaginale. — R, rectum.

de poule. On constate alors qu'elle va s'insérer sur la paroi postérieure du canal. L'insertion commence en bas à 2 centimètres en arrière de l'orifice vaginal et se continue suivant une ligne occupant le *milieu* de la paroi postérieure du vagin; elle s'étend de bas en haut jusqu'à 3 centimètres environ du col de l'utérus. (Voyez Fig. 38, A.)

La tumeur présente donc une extrémité arrondie hémisphérique en bas, puis elle devient presque cylindrique. Elle est rattachée à la paroi vaginale postérieure par un véritable pédicule longitudinal qui existe sur toute la hauteur. Dans sa portion la plus large, la tumeur paraît avoir de 2 centimètres à 2 centimètres et demi environ; au niveau de son insertion, le pédicule n'a guère plus de 5 millimètres de largeur (voyez Fig. 38, B), aussi peut-on imprimer à la tumeur de légers mouvements de latéralité.

Par le toucher rectal, on ne constate rien d'anormal; la paroi antérieure du rectum est lisse et régulière, elle n'est ni refoulée, ni soulevée par la tumeur; il faut appuyer fortement avec le doigt pour sentir la tumeur vaginale, celle-ci ne fait saillie dans le rectum que si deux doigts introduits dans le vagin la refoulent d'avant en arrière. En un mot, la tumeur ne siège pas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, mais en avant de cette cloison (voyez Fig 38, A et B). Les quelques douleurs

sourdes qui existaient sont à peine augmentées par la pression.

Le 25 et le 26 mai, on constate que la tumeur diminue peu à peu de volume, l'écoulement séro-sanguinolent persiste, il devient moins rouge. Le 27 mai, il sort une substance noirâtre, demi-solide, grumeleuse, semblable à celle qui viendrait d'une collection sanguine, dont une partie du sérum aurait été résorbée. La tumeur diminue progressivement de volume; de plus, son extrémité antérieure, qui depuis le premier jour n'a plus de tendance à faire saillie au dehors, devient irrégulière, anfractueuse; la surface semble s'être ulcérée.

Le 30 mai, les caractères ont considérablement changé; on dirait qu'il ne reste plus de la tumeur que son pédicule, à ce point qu'un candidat au Bureau central ayant pratiqué le toucher se demande s'il n'existe pas une colonne postérieure du vagin épaissie, hypertrophiée, irrégulière. L'écoulement sanguinolent a disparu, la grossesse suit son cours sans présenter aucune particularité, et, le 10 juillet, Marie B... accouchait spontanément d'une fille qui pesait 3.320 grammes. Les suites de couches ont été absolument normales.

Tous les caractères présentés par la tumeur qui vient d'être décrite sont ceux d'un thrombus vaginal survenu pendant la grossesse, sans cause appréciable, car la malade n'avait fait aucun effort et n'avait eu aucun rapport sexuel. Mais en quel point ce thrombus s'était-il développé?

Chez quelques femmes, la colonne postérieure du vagin fait, sur toute la hauteur du canal, une saillie longitudinale très marquée; il semble que la cloison constituée à une certaine période de la vie embryonnaire par l'adossement des deux canaux de Müller ne s'est pas complètement résorbée.

On eut dit que, dans notre cas, le thrombus s'était formé dans l'épaisseur même d'une semblable colonne postérieure du vagin, dans l'épaisseur de ce débris de cloison : la saillie arrondie de la tumeur, le pédicule longitudinal qu'elle offrait, sa situation en avant de la cloison recto-vaginale dont elle est absolument distincte, plaident en faveur de cette hypothèse.

Nous avons fait de longues et minutieuses recherches dans l'espérance de trouver la relation d'observations analogues à la nôtre. Deux cas publiés l'un par Fehling (1), sous le nom d'Hematoma polyposum du vagin, l'autre par Reich (2) sous le titre d'hématome pédiculé du vagin, semblent pouvoir en être rapprochés; mais les descriptions qui sont données par Fehling et par Reich ne permettent pas de préciser en quel lieu siégeait exactement le thrombus.

Le Dr Johannovsky (3), au contraire, a publié, sous le titre d'« Hématome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois, » une observation dont nous allons donner la traduction *in extenso*.

« Josepha N..., domestique, célibataire, 23 ans, de Bohnovic. Depuis l'âge de 17 ans, règles abondantes, douloureuses, durant trois jours, revenant toutes les quatre semaines. Primipare, arrivée au cinquième mois de la grossesse, d'après les renseignements qu'elle fournit, renseignements confirmés par l'examen. A son entrée à l'hôpital, elle raconte ce qui suit :

(1) Fehling. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. X, p. 193. 1876.

(2) Reich. *Aerztliche Mittheilungen aus Baden*, 1880, nº 24, analyse *in Centralblatt für Gynæk.*, 1881, p. 167.

(3) Johannovsky. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XI, p. 375, 1877.

« Il y a trois jours, elle monta jusqu'au troisième étage un panier très lourd rempli de charbon. Elle éprouva une sensation douloureuse, comme si quelque chose avait été poussé hors des organes génitaux, et elle commença à perdre beaucoup de sang. Une sage-femme consultée constata qu'une tumeur arrondie, noirâtre, sortait du vagin. Par le repos au lit cette tumeur rentra. L'écoulement sanguin persistant, la malade craignit un avortement et se présenta à la Maternité, où le professeur Weber von Ebenhof l'adressa à la Clinique de Gynécologie.

« Examen local : les organes génitaux externes sont normaux. L'hymen forme un cercle qui est déchiré en bas et à droite. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit, à l'entrée du vagin, une partie d'une tumeur qui est livide et brillante à la surface. On peut, avec le doigt, constater qu'elle distend nettement les parois du vagin, qu'elle est du volume d'un œuf de poule et qu'elle repose sur le sommet d'un septum charnu rudimentaire. Ce septum, qui sert de pédicule étroit et allongé à la tumeur, occupe les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure du vagin; en avant, sur une hauteur qui égale environ la largeur du doigt, il fait une saillie en forme de crampon; il s'aplanit peu à peu en se dirigeant en arrière. La tumeur paraît très friable au niveau de sa convexité et ses parois minces laissent voir, par transparence, le sang noir qui est coagulé dans sa cavité; il y a une masse sanguine, de résistance élastique.

« On fit le diagnostic d'hématome dans ce cas, en se fondant sur ce qu'avait rapporté la malade, sur l'examen local et sur ce qui survint ultérieurement. Le lieu où se produisit l'hématome est remarquable; c'était le bord supérieur mousse d'un septum rudimentaire du vagin.

« Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur se rompit spontanément, des caillots sortirent, puis le reste de la tumeur se résorba.

« En dehors du septum du vagin, il n'existait aucune autre anomalie des organes génitaux. Cet hématome n'avait apporté aucun trouble au cours normal de la grossesse. »

Le fait du Dr Johannovsky et celui que nous avons rapporté nous semblent pouvoir être comparés l'un à l'autre; seulement, dans le cas observé à Prague, l'hématome n'occupait qu'une petite partie d'un septum vaginal, tandis que, dans le nôtre, presque toute la portion des tissus, qui faisait saillie dans le vagin, se trouvait envahie par le thrombus. Il nous paraît même que cette observation de Johannovsky confirme, pour ainsi dire, l'hypothèse que nous avions faite de l'existence d'un thrombus dans une colonne épaissie de la paroi postérieure du vagin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — La Société tiendra sa Séance publique mensuelle le mercredi 25 mai, à 8 h. 1/2 *très précises* du soir, rue de l'Abbaye (*salle de la Société de chirurgie*). Ordre du jour. 1º Dr GALEZOWSKI : Sur les conditions d'éclairage des bureaux des administrations publiques ou privées; 2º Dr LARGER : Hygiène de l'éducation et de l'instruction secondaire et supérieure; 3º Dr MANGENOT : Modifications à apporter à l'inspection des écoles primaires. — Nominations des membres nouveaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'ISÈRE. — Cette Société vient de constituer ainsi son bureau pour l'année 1887-88. Président, M. le Dr Dufour, médecin en chef de l'Asile de Saint-Robert; vice-président, M. le Dr Nicolas, professeur à l'Ecole de médecine; secrétaire-général, M. le Dr Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine; secrétaire-adjoint, M. le Dr Comte, chirurgien-adjoint à l'hôpital de Grenoble; trésorier, M. Sirand, pharmacien.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La drumine : nouvel anesthésique local.

La *drumine* a été extraite par le Dr Reid, de Port-Germain (Australie-Sud), de l'*Euphorbia drummondii*. La nature de la plante, la manière d'obtenir l'alcaloïde ont été longuement décrits par le Dr Reid (1). La drumine s'obtient en faisant macérer toutes les parties de la plante dans de l'acide chlorhydrique dilué. La macération est ensuite pressée dans un linge ; la liqueur exprimée est alcalinisée avec du bicarbonate de soude, puis filtrée. Le précipité est lavé plusieurs fois, pour enlever les matières colorantes. L'alcaloïde reste sur le filtre. On peut le redissoudre par l'acide chlorhydrique et obtenir ainsi un chlorure ; on peut de nouveau le précipiter par les alcalis.

C'est, en effet, un des caractères de la drumine d'être précipitée par les alcalis, et son insolubilité, dans un excès d'ammoniaque, rend sa préparation facile. La drumine forme des cristaux microscopiques, soit aciculaires, soit étoilés ; les plus volumineux d'entre les premiers prennent l'aspect rhomboïdal. Elle se présente sous l'apparence d'une poudre grise ou blanche. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool, le chloroforme. Les solutions aqueuses ne sont pas précipitées par les sels de fer, le cyanure de potassium, ni l'acide prussique, ni le bichlorure de mercure. L'acide nitrique la dissout, mais n'agit pas chimiquement sur elle, comme l'acide sulfurique. Elle est précipitée par l'acide salicylique, par une solution concentrée d'iodure de potassium, et l'iodure double de mercure et de potassium; enfin par les alcalis, comme nous l'avons vu plus haut.

D'après le Dr Schomberg, l'*Euphorbia drummondii* est un poison pour les troupeaux ; elle les tue dans l'espace de un à sept jours, avec des phénomènes de paralysie des membres.

Le Dr Reid recommande l'emploi de la drumine comme ayant la même action que la cocaïne, mais elle ne posséderait pas un effet excitant avant de produire l'anesthésie, comme cette dernière. L'instillation de quelques gouttes d'une solution à 4 0|0 dans l'œil d'un chat, rend la conjonctive insensible, au point de supporter le contact du doigt. Elle ne produit pas de dilatation de la pupille. L'application d'une solution sur la langue, les narines, donne une anesthésie très nette de ces parties. A la suite, la saveur de la quinine existe à peine sur la langue, au point anesthésié.

A l'intérieur, à petites doses, la drumine ne produit aucun effet général ; mais, d'après M. Stanley, même à doses toxiques, les moutons peuvent manger pendant longtemps de l'*Euphorbia drummondii*, sans en mourir. Le Dr Reid explique ce fait par la paralysie des nerfs sensitifs du goût, ainsi que des nerfs sécréteurs, empêchant l'absorption ? Toutefois, la drumine, donnée à des chats, à doses toxiques, produit une paralysie des membres, due sans doute à une action de l'alcaloïde sur les cordons médullaires, mais d'abord sur les cordons postérieurs et réagissant plus tard sur les autres.

Son *emploi thérapeutique* serait indiqué, selon M. Reid, dans le *catarrhe nasal*, dans les *contractures spasmodiques de l'anus*, dans le *prurit*, dans les *dermites de la face* (l'acné, le prurit). Dans un cas de *sciatique*. il fit avec succès deux *injections hypodermiques* de quatre gouttes d'une solution à 10 0|0 qui auraient guéri complètement le malade. Le *lumbago*, les *névralgies*, ne résisteraient pas à ce traitement. Ce nouveau médicament soulage les douleurs au niveau des dénudations de la peau, par brûlures ou autres.

Le Dr Ogston (d'Aberdeen) (1), pour expérimenter la drumine, s'est servi d'échantillons qui lui avaient été envoyés par le Dr Reid, mais cet alcaloïde ne semble pas devoir donner d'aussi bons résultats entre les mains des seconds expérimentateurs, qu'entre celles de son inventeur. Les échantillons ont été, peut-être, altérés par le voyage. Toutefois, un malade chez lequel on avait injecté sous la peau du cou une solution de drumine à 4 0/0 pour pratiquer l'ablation de ganglions, ne put supporter l'opération et dut être endormi avec le chloroforme. Le Dr Ogston a essayé la drumine sur lui-même et sur un de ses élèves. Une injection sous cutanée, pratiquée à l'avant-bras, ne produisit aucune anesthésie, mais laissa, pendant quelque temps, une légère douleur avec sensibilité de la peau, avec induration de la région, qui dura près d'un mois. Une instillation dans le sac conjonctival, faite par M. Ogston sur lui-même n'amena aucune anesthésie. Des expériences comparatives, faites dans les mêmes conditions, avec de la cocaïne, donnèrent des résultats très nets, avec abolition complète de la sensibilité telle, qu'on fit une incision et des sutures au niveau du point injecté, sans laisser de douleur et de sensibilité cutanée aussi longtemps qu'avec la drumine. A. RAOULT.

(1) *Brit. med. Journ.*, 26 mars 1887, p. 674 et *Australasian med. Journ.*

(1) *Brit. med. Journ.* 26 fév. 1887, p. 451.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. CHAUVEAU et KAUFMANN donnent les conclusions de leur important mémoire sur *la détermination du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire dans les muscles en repos et en travail.*

A. — *Relativement à l'activité circulatoire pendant le travail.* La quantité de sang qui passe, dans une minute, à travers le tissu musculaire en état d'activité équivaut, en moyenne, à 0,850 du poids du muscle, chez les sujets amaigris dont les muscles ont une faible masse. Ce coefficient croît et décroît avec l'activité fonctionnelle des muscles. Dans un même muscle accomplissant le même travail, le coefficient de l'irrigation sanguine est sensiblement constant: il est aussi sensiblement le même sur les sujets différents dont les muscles ont le même poids et exécutent le même travail. Si les muscles n'ont pas le même poids, la même somme de travail exige la même quantité de sang pour l'activité nutritive et respiratoire des muscles, quelle que soit la masse de ceux-ci.

B. — *Relativement à l'activité circulatoire pendant l'état de repos.* La circulation est, dans ce cas, près de cinq fois moins active que pendant le travail (0,175 du poids du muscle au lieu de 0,850). Le coefficient de l'activité circulatoire varie singulièrement pendant l'état de repos, contrairement à ce qui arrive dans l'état de travail.

C. — *Relativement à l'absorption de l'oxygène apporté au muscle par le sang pendant le travail.* La quantité d'oxygène que le sang abandonne, en une minute, au tissu musculaire pendant le travail, équivaut, en moyenne, à 0.0000141 du poids du muscle, chez les sujets amaigris. Ce coefficient, comme celui de l'irrigation sanguine, croît et décroît avec l'activité fonctionnelle du muscle. La quantité d'oxygène contenu dans l'acide carbonique que le sang prend au muscle, est supérieure à celle que celui-ci reçoit de celui-là : le rapport est de 1,223. Ainsi, la quantité relativement considérable d'oxygène absorbée par le muscle pendant le travail est insuffisante pour alimenter les combustions organiques, même réduites à celle du carbone contenu dans l'acide carbonique excrété; il semble donc y

avoir un emmagasinement d'oxygène pendant le repos du muscle. L'oxygène cédé au muscle par le sang, présente un léger excédent snr la quantité d'oxygène nécessaire à la combustion du carbone contenu dans la glycose prise par le muscle au sang.

D. — *Relativement à l'absorption de l'oxygène apporté au muscle par le sang dans l'état de repos.* Cette absorption est vingt et une fois moins active que dans le muscle en travail ; mais, à l'inverse de ce qui arrive pendant le travail, tout l'oxygène absorbé par le muscle en repos ne se retrouve pas dans l'acide carbonique excrété par le muscle. C'est cet excédent qui forme l'emmagasinement de l'oxygène pendant l'état d'inactivité du muscle.

E. — *Relativement au carbone rendu au sang sous forme d'acide carbonique et supposé brûlé pendant le travail.* Cette quantité de carbone (0.000067 du poids du muscle pendant une minute) est supérieure à celle fournie par la glycose qui disparaît du sang. L'excédent vient, soit du sucre emmagasiné pendant le repos, soit d'autres substances, principes gras ou azotés.

F. — *Relativement au carbone rendu au sang sous forme d'acide carbonique et supposé brûlé pendant l'état de repos* (0.0000019 du poids du muscle en une minute). Contrairement à ce qui a lieu pendant le travail, la quantité de carbone fourni au muscle en repos par la glycose qui disparaît du sang est supérieure à celle qui est transformée en acide carbonique. Il y a donc une partie de cette glycose qui n'est pas utilisée directement dans les combustions du muscle en état d'inactivité. C'est l'origine de la réserve de glycogène qui se consomme pendant le travail.

M. Chauveau ajoute que, privé à Paris de tout moyen de travail pour continuer ses expériences, il est dans la nécessité d'aller retrouver, à Lyon, ses anciens laboratoires.

La *section de médecine et chirurgie*, par l'organe de son doyen, M. Marey, présente la liste suivante de candidats à la place devenue vacante dans son sein, par suite du décès de M. Paul Bert. En première ligne, M. Bouchard. En deuxième ligne (*ex æquo* et par lettre alphabétique), MM. Brouardel, Rouget, Sée, Villemin. En troisième ligne (*ex æquo* et par lettre alphabétique), MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux, Ch. Richet. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. le Président rappelle à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de MM. Boussingault, membre de la section d'économie rurale. Les discours prononcés à ses obsèques par MM. Schlœsing et Troost sont insérés dans les comptes rendus.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 *mai* 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. le Président donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Vulpian. Il propose ensuite de charger M. Déjerine de faire l'exposé des remarquables travaux de l'illustre sociétaire et de lever la séance en signe de deuil. Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

G. T.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 *mai* 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Mathias-Duval donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Vulpian.

M. le Président propose à l'Académie de lever la séance en signe de deuil. M. Vulpian, il est vrai, n'a pas été président de l'Académie ; mais, il occupait une situation scientifique si prépondérante, un rang si éclatant, que l'Académie tiendra à honneur de manifester ses regrets en s'associant à la proposition de son bureau. Cette proposition est, du reste, adoptée à l'unanimité.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture de plusieurs rapports :

M. Laboulbène lit un *rapport* sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national. Sont présentés : en première ligne, M. Mauricet (de Vannes) ; en deuxième ligne, M. Ossian Bonnet (de Rio-de-Janeiro) ; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Barallier (de Toulon), Gibert (du Havre), Poincarré (de Nancy) et Riembault (de St-Etienne).

M. Lannelongue lit un *rapport* sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national (deuxième division). Sont présentés : en première ligne, M. Surmay (de Ham) ; en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. de Closmadeuc (de Vannes), Demons (de Bordeaux), Dezanneau (d'Angers), Jouon (de Nantes) et Queirel (de Marseille).

M. Lannelongue lit un deuxième rapport sur les titres des candidats à une place de membre correspondant étranger (deuxième division). Sont présentés : en première ligne, et *ex æquo*, MM. Hamilton (de New-York), Kosloff (de St-Pétersbourg) et sir Spencer Wells (de Londres).

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 10 *décembre* 1886. — Présidence de M. Cornil.

9. Microbe de la fièvre typhoïde ; par MM. Chantemesse et Widal.

M. Widal rappelle les caractères donnés à ce bacille, par Gaffky ; l'espace clair décrit par ce dernier dans la partie médiane, avait été regardé comme caractéristique par Artaud. Or, on retrouve cet espace clair sur d'autres bacilles ; il se voit surtout sur les cultures vieillies, et semblerait être un commencement de mort du bacille. Ce microbe donne des spores entre 37 et 40 degrés ; il cultive sans liquéfier la gélatine, en pellicule bleuâtre, nacrée, transparente, et se développe surtout sur la pomme de terre ; Gaffky n'avait pu le retrouver sur le vivant ni l'inoculer; les recherches des présentateurs permettent d'être plus affirmatif.

On le trouve toujours sur le cadavre, quel que soit le temps écoulé depuis la mort, dans la rate, les ganglions mésentériques, même les poumons et le cerveau.

Sur le vivant, on le trouve dans la rate au moyen d'une ponction capillaire.

Après inoculations, on le retrouve, non seulement comme Fraenkel et Symons dans les organes abdominaux et les poumons des souris, mais également chez le cobaye. Dans un fait d'avortement d'une typhique, au 4[e] mois, on a pu le retrouver dans le placenta.

MM. Chantemesse et Widal ont constaté sa présence dans l'eau potable d'une fontaine de Paris, et d'une autre fontaine des environs ; l'usage de ces eaux avait donné lieu à des épidémies locales. Le bacille y est en petite quantité, et ne se découvre qu'à la 2[e] ou 3[e] plaque de culture.

Dans les matières fécales, ils ont constaté sa présence 2 fois sur 7.

M. Widal insiste sur certains points particuliers : le bacille typhique est très résistant aux acides ; sur la gélatine acidifiée, il se développe lentement, mais il colonise tout de même. On s'explique donc qu'il ne se développe pas dans l'estomac, mais il peut traverser ce milieu acide pour aller coloniser dans les tissus.

Il est aussi résistant à l'acide phénique et les auteurs ont utilisé cette propriété ; la difficulté de le retrouver dans les selles tenait à ce que ces matières renferment de nombreux microbes ayant la propriété de liquéfier la gélatine. Ces microbes ne résistant qu'en très petit nombre à l'acide phénique, il suffit de phéniquer la gélatine pour permettre au bacille typhique de cultiver isolément.

M. Netter fait observer que Fraenkel et Symons ont déjà signalé qu'on retrouvait d'autant plus le bacille typhique dans les organes qu'il s'était écoulé un certain temps entre la mort et l'autopsie. Il note aussi que A. Fraenkel a donné des résultats positifs d'inoculation sur les cobayes.

10. Kyste hydatique du foie ouvert dans l'estomac ; par L. Barbillon, interne des hôpitaux.

Dans le courant du mois d'octobre 1886 est entré à l'hôpital Tenon, salle Barth, lit n° 7 (service de M. le Dr Cuffer), un homme âgé de 46 ans, qui se plaignait de douleurs vagues dans les membres inférieurs. Ce malade ne s'était jamais aperçu qu'il portait une volumineuse tumeur de la région hépatique. Et cependant il avait affaire à une masse ayant à peu près le volume de la tête d'un adulte, arrondie, de contours réguliers, lisse dans la majeure partie de son étendue, sauf cependant au niveau de la région épigastrique où on sentait comme un gros noyau un peu saillant et très dur. Le développement insidieux de la tumeur, l'absence de troubles fonctionnels, l'intégrité de l'état général, une fluctuation très manifeste dans toute la région abdominale supérieure considérablement voussurée, nous ont permis de porter le diagnostic de kyste hydatique du foie. Ce diagnostic s'est trouvé vérifié par une première ponction exploratrice qui a permis de retirer 60 à 80 grammes de liquide clair et transparent comme de l'eau de roche, où le microscope nous a révélé la présence de crochets.

Dans le courant des mois d'octobre et de novembre, plusieurs ponctions ont été successivement pratiquées dans l'espoir d'arriver à l'évacuation du contenu du ou des kystes. Elles ont été, pour ainsi dire, infructueuses : tantôt, en effet, on n'a rien retiré du tout, le trocart ramenant seulement une substance gélatiniforme fortement colorée en jaune d'or par du pigment biliaire; tantôt on a pu recueillir quelques grammes à peine de liquide. Vers le milieu du mois de novembre, l'état du malade s'est aggravé. La fièvre s'est allumée, continue, à exacerbations vespérales ; l'amaigrissement a fait des progrès notables. Et le malade allait ainsi s'acheminant vers la cachexie, quand le 1er novembre dernier est survenu un vomissement très abondant, formé de matière gélatiniforme, d'un jaune ocreux, horriblement fétide, et constitué par des débris de membranes hydatiques. Ce vomissement, indice de l'ouverture du kyste dans l'estomac avait été précédé, pendant cinq ou six jours, d'une fétidité extrême de l'haleine, d'éructations infectes, d'une grande sécheresse de la bouche et de la langue avec soif continuelle et inappétence absolue.

Pendant deux jours encore, le malade a rendu en petite quantité quelques débris de membranes; enfin le 6 décembre, après quelques accidents ultimes, tels que délire doux et tranquille, puis coma, la mort est survenue.

Il est à noter que, huit jours avant le vomissement, on avait déjà constaté une diminution du volume du kyste; après le vomissement, la tumeur s'est complètement affaissée. Il n'y a pas eu d'urticaire, à aucune période de la maladie.

A l'autopsie, nous avons trouvé un énorme kyste développé aux dépens de la face inférieure du lobe gauche du foie : kyste unique, à parois épaisses, adhérentes à l'estomac sur une large surface, faisant corps avec cet organe dont la région de la grande courbure est seule en dehors de la tumeur.

Le foie, refoulé en arrière et à droite, au fond de l'hypochondre est sain dans tout le reste de son étendue ; la vésicule est saine. Le kyste est formé d'une paroi fibreuse, d'épaisseur inégale suivant les points : en différents endroits sont des indurations d'aspect cartilagineux. La paroi interne est tapissée de détritus athéromateux, jaunâtres ou brunâtres, horriblement fétides. La poche est, du reste, complètement vide de son contenu.

Une large solution de continuité, du diamètre d'une pièce de un franc environ, fait communiquer la cavité du kyste avec l'estomac : les bords en sont arrondis, l'orifice siège sur la petite courbure de l'estomac, à 3 centimètres environ du cardia.

Ce cas nous a paru mériter l'attention de la Société à différents points de vue : c'est d'abord la difficulté que nous avons éprouvée pendant la vie à obtenir par la ponction le liquide du kyste ; circonstance qui nous avait fait supposer qu'il s'agissait peut-être d'un kyste multiloculaire, mais qui doit s'expliquer par la consistance gélatiniforme de la majeure partie du contenu kystique. C'est, ensuite, l'apparition des symptômes particuliers, tels que fièvre, inappétence, sécheresse de la langue, douleur épigastrique, au moment où s'établissaient les adhérences entre le kyste et l'estomac et se préparait le travail ulcératif qui devait permettre l'évacuation du kyste dans ce viscère ; la fétidité de l'haleine, les éructations infectes, ont précédé de quelques jours cette ouverture du kyste ; c'est enfin le mode même de terminaison de ce kyste, relativement rare parmi ceux qui consistent dans l'évacuation par le tube digestif. Il existe peu d'observations analogues. Nous n'en avons pu recueillir que deux, l'une de Cruveilhier qui est tout à fait semblable à la nôtre au point de vue anatomo-pathologique, l'autre de Duchaussoy. Dans ce dernier cas, la fétidité de l'haleine a été notée, il n'y eut pas de vomissements; à l'autopsie, on trouva un kyste à l'union du lobe gauche avec le lobe droit du foie, rempli de détritus jaunâtres, tandis qu'un orifice assez large pour y passer le doigt, et situé à trois centimètres du pylore, mettait largement en communication la cavité du kyste avec celle de l'estomac. Ces deux observations figurent dans le « Traité des Entozoaires », de Davaine, sous les nos CXV et CXVII.

12. M. Tuffier présente un *kyste de l'ovaire* peu volumineux, qui remplit tout le petit bassin et y est maintenu par une sorte de cloison horizontale formée par deux ailerons péritonéaux qui, partant de l'S iliaque, vont s'insérer au détroit supérieur.

13. M. Tuffier présente un poumon cloisonné à la partie supérieure par une lame fibreuse partant du bord de la veine azygos pour aller rejoindre la veine cave supérieure. Cette lame contient des vaisseaux et semble être un reste de la vie embryonnaire.

M. Cornil. Ces cloisons, rares au sommet, sont fréquentes dans la partie inférieure du poumon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Quenu répond à une lettre adressée à la Société par M. Stockardt (de Bruxelles). Dans cette lettre, ce chirurgien faisait une réclamation de priorité à propos d'un nouveau *traitement de l'ongle incarné,* préconisé par M. Quenu et décrit dans un mémoire analysé par M. Reclus à la Société de Chirurgie. M. Quenu tient à prouver que le procédé de M. Stockardt et le sien sont absolument dissemblables et que tous deux sont basés sur des idées théoriques tout à fait distinctes. Dans un cas, on fait en sorte que l'ongle ne se reproduise pas; dans l'autre, au contraire, il y a reproduction de l'ongle. D'ailleurs, le travail de M. Quenu est antérieur à celui du chirugien belge, et la réclamation de priorité ne s'explique que par suite des analyses inexactes et incomplètes de ce procédé, lesquelles ont paru dans les journaux médicaux ; quand le travail de M. Quenu sera publié, M. Stockardt verra qu'il s'agit de deux procédés différents

M. Trélat, à propos du procès verbal, revient sur le traitement des pieds-bots. Il insiste sur ce fait, à savoir que le malade dont il a parlé dans la dernière séance avait les muscles de la jambe contractiles et que l'action de ces muscles était bien conservée. Il observe et traite en ce moment dans son service une jeune fille qui a une paralysie totale des muscles de la jambe gauche et d'autre part a un pied-bot à la jambe droite par prépotence des extenseurs sur les fléchisseurs. Il n'y a rien à faire pour la jambe gauche, mais il lui paraît urgent de traiter le pied-bot de l'autre membre. Il le fait et espère obtenir un bon résultat, car là encore tous les muscles de cette jambe droite sont contractiles.

M. Lannelongue affirme qu'après six mois les muscles ne reviennent pas dans la paralysie spinale infantile, et s'il survient un pied-bot il n'y a rien à faire. Il faut, dans les cas de ce genre, intervenir de bonne heure, c'est-à-dire avant le sixième

mois et appliquer des appareils empêchant les membres paralysés de se mettre en attitude vicieuse. Ainsi on évitera des pieds-bots qui, confirmés, sont incurables.

M. TRÉLAT n'a pas voulu étudier en particulier le pied-bot consécutif à la paralysie infantile. Il a tenu à faire remarquer qu'on pouvait espérer une guérison du pied-bot quand les muscles ont conservé leur contractibilité.

M. DESPRÈS, *Continuation de la discussion sur l'occlusion intestinale.* — Il pense que le diagnostic de la cause est faisable 99 fois sur 100 et qu'il faut s'efforcer de le faire, ce diagnostic. C'est par trop simple d'ouvrir le ventre d'un malade pour voir ce qu'il y a dedans.

M. M. SÉE rapporte le cas suivant: Un jeune homme venant de Salonique en France est pris, pendant la traversée, d'une constipation opiniâtre. A son arrivée en France, il subit tous les traitements usités en pareille occurence. Rien n'y a fait. On le transporte à la Maison de Santé. On essaye, sans succès d'ailleurs, l'électricité. Le ventre est énormément ballonné, douloureux, mais il n'y a pas de vomissement, pas do fièvre. On pratique alors des injections d'eau en grande quantité dans l'intestin, de façon à le dilater fortement. Au bout de quatre jours, le malade était guéri (Selles abondantes). Ce fait est curieux, car la constipation dura 42 jours. Les troubles respiratoires causés par le météorisme étaient tels qu'on fut, à plusieurs reprises, obligé de ponctionner l'intestin avec un fin trocart pour évacuer les gaz. Chaque ponction capillaire procurait un soulagement immédiat.

M, LE DENTU croit qu'il faut distinguer nettement deux espèces d'occlusion : l'occlusion aiguë, qui réclame une intervention extemporanée ; l'occlusion lente, chronique, intermittente. Dans les cas d'occlusion aiguë ou subaiguë, il croit que la *cœcotomie* est une bonne opération. En effet, il ne faut pas oublier que le diagnostic de la cause est toujours difficile. Donc si la cause n'est pas connue, comme il y a plus de chance pour que l'obstacle siège au dessus du cœcum, il vaut mieux pratiquer l'anus contre nature le plus près possible de l'intestin grêle. Mais quand la cause réside dans le rectum, il est ordinairement possible de la reconnaître (examen par le rectum, etc.),et alors on sait à quoi l'on a affaire et on agit suivant les circonstances. La cœcotomie n'est pas une opération difficile comme le dit M.Verneuil. Si l'on suit à la lettre le manuel opératoire de M. LeDentu,on se trompera rarement et trouvera le cœcum. Il faut faire une incision dépassant d'un bon tiers l'épine iliaque antéro-supérieure et la plaie sera à 3 cent. en dedans de cette épine. Il ne faut pas oublier en effet que le cœcum est presque toujours pourvu d'un méso (recherches récentes de Trèves, etc.). Le seul point important est de ne pas tirailler le cœcum. Une fois, ne trouvant pas le cœcum au niveau de son incision, il sutura la plaie qu'il venait de faire et fit une nouvelle incision pour ne pas avoir à tirailler le cœcum,

M. RICHELOT. Au dernier congrès des chirurgiens allemands, la question qui occupe la société a été aussi l'objet d'une longue discussion et actuellement en Allemagne on n'est pas plus d'accord qu'en France. Voici quel est l'humble avis de M. Richelot : si le diagnostic de la cause est bien établi, il faut faire un anus artificiel ; c'est une opération suffisante, capable de procurer un soulagement immédiat, mais c'est une opération de renoncement. Si la cause des accidents reste inconnue, il propose d'ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle. La laparotomie lui parait indiquée dans ces cas. Si la laparotomie donne de mauvais résultats, ce n'est pas étonnant ; on la pratique toujours trop tard et dans les plus mauvaises conditions. Ce n'est pas elle qui est grave, c'est l'état du malade.

M. LE FORT insiste à nouveau sur les difficultés du diagnostic de la cause ; il connait une autre cavité, la cavité crânienne, où il est aussi très difficile de débrouiller ce qui s'y passe, comme dans la cavité abdominale.

M. VERNEUIL répond à M. Sée en disant que la pratique des ponctions intestinales n'est pas toujours innocente. Jusqu'au 6e jour, on peut les employer. Après ce laps de temps elles peuvent être dangereuses ; l'intestin étant altéré et distendu, il peut s'échapper des gaz dans le péritoine, Il répond aussi à M. Le Dentu qui n'a pas réfuté toutes les raisons mises en avant pour prouver que la cœcotomie est moins recommandable que les anus iliaque et lombaire.

M. POLAILLON rapporte un cas de *suture secondaire du nerf médian avec retour immédiat de la sensibilité*. Il s'agit de la malade qu'il a montrée à la Société à la dernière séance. Plaie du poignet avec section complète des nerfs cubital et médian. Suture primitive des deux nerfs ; insuccès. Nouvelle opération, d'après l'avis de la Société de chirurgie (séance de mars) : Chloroformisation et application de la bande d'Esmarch sur le bras. Incision de la peau au niveau du médian. Le bout supérieur était constitué par des filets nerveux séparés se perdant dans le tissu de cicatrice de la première opération. Le bout inférieur était arrondi, adhérent aux parties voisines, assez éloigné du bout supérieur. La suture primitive du médian avait donc manifestement échoué. On isole alors les 2 bouts, les sectionne et il reste entre eux un intervalle de 4 centim. Pour les suturer, il faut tirer fortement sur le bout supérieur et fléchir notablement la main sur l'avant-bras. La suture a été très difficile à maintenir, et, pour ce faire, il a fallu appliquer, l'opération terminée, une attelle plâtrée. En raison de cette difficulté de la suture du médiam ,on renonça à suturer le cubital. *Cinq* heures après l'opération, la sensibilité était nettement revenue dans le domaine du médian, et,chose plus curieuse,dans le domaine du cubital lui-même. Le nerf médian était tellement tiraillé par suite de la suture que dans l'aisselle il formait un cordon très visible et douloureux à la pression. Ce tiraillement explique peut être les fourmillements des doigts accusés par la malade après l'opération. L'exploration électrique après la guérison montra que la sensibilité à l'excitation électrique seule n'était pas revenue. Il n'y avait aucun retard dans la perception des impressions sensitives. Jusqu'à ces temps-ci, on admettait bien le retour tardif des fonctions d'un nerf après la suture, mais non pas le retour immédiat. Tous les physiologistes niaient le rétablissement extemporané de la conductibilité nerveuse après la suture ; quand on l'observait, ils invoquaient l'existence des fibres recurrentes. L'observation de M. Polaillon est très intéressante, car, dans ce cas, il ne pouvait y avoir suppléance par le cubital, puisqu'il était coupé. Il est vrai qu'on n'a pas vérifié si vraiment la suture primitive n'avait pas réussi sur le cubital, mais on se souvient qu'avant l'opération les impressions sensitives n'étaient pas ressenties dans le domaine de ce nerf. M. Polaillon pense que pour obtenir ce retour immédiat de la sensibilité, qui n'a pas toujours été constaté chez les opérés, il faut se placer dans certaines conditions : 1° Etablir une suture très soignée, accoller bout à bout les fibres fraîchement et nettement sectionnées ; 2° obtenir une cicatrisation par 1re intention. 3° Il faut que le bout périphérique soit régénérée en grande partie dans les cas de suture secondaire (on sait qu'il subit d'abord la dégénérescence wallérienne et que bientôt il se régénère (Vulpian) ; ceci demande quelques mois). Pour la suture primitive, il faut que le nerf n'ait pas encore subi un commencement de dégénérescence, laquelle survient très rapidement. Il faut donc faire la suture primitive de suite après l'accident, car au bout de quelques heures le bout périphérique du nerf est déjà altéré.

M. RECLUS affirme que M. Ranvier a démontré que le bout périphérique du nerf était détruit dans un cas de suture nerveuse de M. Tillaux et que cependant le retour immédiat de la sensibilité avait été observé. Il est indiscutable que ce *retour immédiat* existe assez souvent, presque toujours quand la suture est bien faite ; mais les explications de M. Polaillon, basées sur les expériences de Vulpian, paraissent peu acceptables. En effet, on n'admet pas actuellement la restauration consécutive du bout périphérique primitivement dégénéré. Ce qu'il y a de certain, c'est que quand on pratique la suture secondaire, on met bout à bout deux tronçons de nerfs dont l'un est vivant et l'autre absolument mort.

M. POLAILLON maintient l'exactitude de ses assertions et admet les expériences de Vulpian comme probantes ; elles montrent que le bout périphérique s'est régénéré partiellement au moins, quoiqu'en dise M. Reclus.

M. TERRILLON présente *des trompes et des ovaires* qu'il a enlevés à une jeune fille de 17 ans atteinte de pyosalpingite.

Elections : Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 avril 1887. — Présidence de M. Créquy.

M. Tanret lit une étude sur les dérivés azotés du térébenthène, qui n'ont du reste encore reçu aucune application thérapeutique.

M. Gouguenheim a étudié les propriétés anesthésiques de la cocaïne employée en badigeonnages sur les muqueuses du larynx, du pharynx et des fosses nasales. Il recommande d'abord, pour obtenir l'anesthésie, de ne pas simplement badigeonner, mais plutôt de *brosser* la muqueuse avec le pinceau. On se servira de la solution à 10 0/0 portée avec une éponge ou un bourdonnet de ouate; chez les enfants, on emploiera la solution à 5 0/0; dans certains cas où l'anesthésie a besoin d'être rapide et complète, on pourra se servir de la solution à 1 pour 5. Les indications de son emploi sont: la difficulté des divers examens en l'absence de l'anesthésie, l'amygdalotomie, les douleurs causées par les diverses ulcérations du larynx, dans la phtisie de cet organe en particulier; les toux quinteuses, la coqueluche seront rapidement améliorées; on pourra même l'employer pour favoriser le cathétérisme œsophagien, lorsque les tentatives d'introduction de la sonde produiront un spasme violent. Utilisée de cette façon, la cocaïne n'a jamais produit les troubles particulièrement signalés par M. Dujardin-Beaumetz, tels que: vertiges, syncopes et paralysie des cordes vocales avec menaces d'asphyxie.

M. Dujardin-Beaumetz dit que les lavages de l'estomac sont facilités par l'emploi de la cocaïne. Du reste, cette substance ingurgitée calme les douleurs gastriques. Il emploie dans ce dernier cas la formule suivante :

Eau.	300 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 50 cent.

deux cuillerées à bouche tous les quarts d'heure, jusqu'à cessation des douleurs ou des vomissements.

Dans des cas analogues, l'eau chloroformée préparée d'après la formule suivante donne également de bons résultats :

Eau saturée de chloroforme	150 gr.
Eau de tilleul	140 gr.
Teinture d'anis et teinture de badiane aa	5 gr.

Les faits de paralysie des cordes vocales signalés par M. Aysaguer sont rares. On peut employer encore la cocaïne dans la cure de la fissure à l'anus, en faisant au pourtour de la région, 5 à 10 minutes avant la dilatation, 4 injections d'une demi-seringue de la solution au 1/50 e et en introduisant dans l'anus un pinceau imbibé de la substance; de même pour l'incision dans la pleurotomie. Dans tous ces cas, les malades devront être opérés dans le décubitus dorsal afin d'éviter la syncope.

M. Moutard-Martin n'a qu'à se louer des badigeonnages de cocaïne dans les toux quinteuses, les bronchites spasmodiques; 5 à 6 badigeonnages par jour atténuent considérablement les quintes de coqueluche.

M. Gouguenheim a employé avec succès les badigeonnages de la muqueuse des fosses nasales dans le traitement de la coqueluche.

M. F. Vigier demande quelle est la dose maximum du médicament que l'on peut absorber par succion, en pastilles par exemple.

M. Dujardin-Beaumetz répond qu'il n'est pas prudent de dépasser la dose de 0.50 cent par 24 heures.

M. Créquy présente des siphons d'eau de seltz renfermant de l'eau lithinée arsénicale préconisée par M. Martineau dans le traitement du diabète arthritique.

Gilles de la Tourette.

Concours du bureau central en médecine. — La première épreuve (épreuve clinique) s'est terminée le mardi 24 mai. La deuxième épreuve (épreuve de vingt minutes sur un sujet de pathologie interne) a commencé le jeudi 26 mai, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité. Ont été admis à subir cette dernière épreuve les candidats dont les noms suivent, et par ordre alphabétique : MM. Babinski, Béclère, Béringer, Buzot, Capitan, Chouppe, Dalché, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Duflocq, Gaillard, Gaucher, Gilles de la Tourette, Havage, Hirtz, Jean, Josias, Juhel-Renoy, Leduc, Legendre, Leroux, H, Lorey, Marie, Martin, H., Mathieu, Netter, Petit, Richardière, Sirodey, Thibierge.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. **Traité complet d'ophthalmologie**; par Wecker et Landolt. Tome III, 3e fascicule. Tome IV, 1er fascicule. Lecrosnier, édit.

II. **Traité pratique des maladies des yeux chez les Enfants**; par de Saint-Germain, chirurgien des Enfants-Malades et Valude, chef de clinique. — Paris. Steinhel, éditeur.

III. **Journaux** : 1° *Centralblatt d'Hirschberg* (Berlin). — 2° *American journal of Ophtalmology* (Saint-Louis). — 3° *Annales d'Oculistique* (Bruxelles). — 4° *Archives d'ophthalmologie françaises.*

I. Ces deux fascicules nouveaux forment deux petits volumes : le premier de 450 pages et le second de 240, illustrés de nombreuses figures.

Le chapitre des amblyopies et des amauroses est une monographie, hors ligne, de Nuel dont tous les travaux sont marqués au coin de l'exactitude, de l'érudition, de la plus haute philosophie scientifique et comme aussi de la plus sincère bonne foi. Il a consacré d'abord quelques pages à l'anatomie et à la physiologie de l'appareil nerveux optique rétrobulbaire; puis il étudie l'hémianopsie, les amblyopies cérébrales, par intoxication, réflexes, hystériques, l'héméralopie. C'est l'exposé parfait de l'état de la science, un résumé des travaux si intéressants et si nombreux qui ont surgi à la suite de l'œuvre de Charcot. Là, au moins, nous ne vivons pas en territoire allemand et l'auteur a su ne pas tomber dans un exclusivisme pénible à accepter.

Le deuxième chapitre de ce fascicule traite des anomalies des mouvements des yeux. MM. Landolt et Eperon ont rédigé cette partie si difficile jusqu'ici à comprendre.

Si, en effet, on se reporte aux travaux de Giraud-Teulon et Donders, etc., à leurs discussions, cette étude paraissait hérissée de difficultés. Il n'en est rien, et ce chapitre, grâce à une rédaction soignée et concise, est devenu d'une lecture agréable. Landoldt a donné une grande importance à l'étude du champ de fixation dans les déviations oculaires, fixation monoculaire et binoculaire. Nous retrouvons ici ses travaux sur l'amplitude de convergence : punctum remotum et proximum. Il a conduit la question jusqu'aux centres et voies d'inervation des mouvements des yeux. Pourquoi faut-il que de malheureuses figures (156, 157, 158), clichés photographiques mal venus, déparent un aussi bon travail; exigences féroces d'éditeur, discordance malheureuse entre l'œuvre scientifique et les soins typographiques.

MM. Landolt et Eperon terminent cette étude du strabisme par un long exposé de la ténotomie et de l'avancement musculaire. Pour le strabisme convergent non paralytique, les auteurs établissent que si la déviation passe 20°, si elle est unilatérale et constante, sur un œil ambyope ou inférieur à l'autre, la vision binoculaire impossible à rétablir, le chirurgien est autorisé à pratiquer d'emblée, même chez les enfants, l'avancement du D. E. avec la ténotomie du D. I. Dans cette partie, nous ne trouvons rien sur le traitement de ce strabisme convergent hypermétropique par les méthodes non opératoires, les seules admises par d'autres ophtalmologistes non moins affirmatifs. Signalons un chapitre tout nouveau sur l'insuffisance de la convergence.

Quant au 1er fascicule du quatrième Tome, il se compose de deux parties: la première est un résumé anatomique de G. Schwalbe, sur la structure de la rétine. Il est bien entendu que l'auteur — et la responsabilité en incombe aux véritables directeurs de l'ouvrage — il est bien entendu, disons-nous, qu'il ne peut être question, en pareille matière, des travaux français. Pas un mot n'est dit des magnifiques leçons de Ranvier au Collège de France, faites en 1882 sur la structure de la rétine, et la nature des différentes couches de cette membrane, travaux qui sont connus de tous les ophtalmologistes, qui ont été repris à Lyon par le professeur Renaut et ont fourni le sujet d'une thèse remarquable dans cette Faculté.

La deuxième partie de ce fascicule, par M. de Wecker,

comprend les maladies de la rétine. Il y a quelques années, dans l'analyse du premier volume d'un traité d'ophthalmologie, nous avions reproché à Sichel fils de n'avoir pas cité quelques progrès opératoires réalisés par M. Wecker; aujourd'hui, nous aurions bien plus le droit de nous étonner du silence de M. Wecker, silence absolument complet sur les travaux d'anatomie pathologique nés en France sur les maladies de la rétine. Nous ne le ferons pas, mais nous constaterons que publier à Paris un livre absolument inspiré aujourd'hui par la science allemande, avec un caractère d'exclusivisme semblable, est une erreur qui devient de moins en moins acceptable par les lecteurs français.

II. Il serait certainement suffisant de reproduire ici la lettre de M. de Saint-Germain au professeur Panas, pour renseigner le lecteur sur la portée du livre. Le professeur de la Faculté de Paris ne regrette pas d'en être le parrain. Son titre, du reste, indique ce qu'ont voulu réaliser les auteurs. Ce n'est pas une œuvre de grande envergure, avec horizons nouveaux dans la pathologie oculaire que les microbes sont en voie de transformer comme la pathologie générale. Non, c'est un livre destiné aux praticiens qui, souvent, n'ayant pas approfondi une partie de la science remplie de difficultés, se trouvent néanmoins un beau jour en face d'un problème comme celui-ci. Instituer un traitement qui sauve les yeux d'un enfant menacé de devenir aveugle en 24 heures.

En présence d'une responsabilité pareille, il n'est pas un praticien de campagne qui restera sourd aux conseils donnés dans ce manuel.

Le strabisme et les anomalies de réfraction ; les traumatismes, les conjonctivites, les kératites, les affections de l'iris, de la choroïde et de la rétine, les vices de conformation ; enfin, les maladies des paupières et des voies lacrymales, voilà les principaux chapitres parcourus dans ce traité. Un petit formulaire de recettes d'ophthalmologie termine ce bon petit volume, *vade-mecum* des jeunes médecins et des praticiens, qu'il met au courant en quelques mots des vérités acquises dans un chapitre de la médecine bien long à parcourir en entier.

III. Dans les *Annales d'Oculistique belges*, Martin, de Bordeaux, publie un long et très original mémoire *sur les contractions astigmatiques du muscle ciliaire*. Nous reproduisons les conclusions mêmes du travail de l'auteur, son travail ne prêtant pas à une analyse (p. 71).

« Dans certains cas, la surcorrection, dans un œil, est liée à une contraction partielle sollicitée par un astigmatisme cornéen de l'organe congénère. La surcorrection s'opère en vertu de la loi des mouvements associés qui régit la plupart des organes similaires. L'astigmatisme associé est celui qui est la conséquence d'une contraction associée.

La différence dans le chiffre de l'astigmatisme des cornées du même sujet n'entraîne pas toujours l'apparition d'une contraction dépassant le but, dans l'œil le moins astigmate. Toutes les fois que la différence entre les deux asymétries est légère, chaque œil gouverne ses contractions intérieures.

Dans les cas où la contraction associée s'est manifestée, la différence entre l'astigmatisme cornéen de l'œil actif et celui de l'œil passif a varié entre 0,50 et 3,50 D.

Tous les sujets dont les yeux offrent la différence d'astigmatisme cornéen que nous venons de signaler, ne se présentent pas fatalement avec de l'astigmatisme associé; environ un sujet sur huit semble échapper à cette influence d'un œil sur l'autre. La contraction associée varie d'intensité depuis 0,25 jusqu'à 1,25 D. Elle est toujours d'un degré moins élevé que la contraction qui lui a donné naissance.

La force de la contraction directrice n'a pu être toujours déterminée dans nos observations soit par suite de la faiblesse de la vision, soit par le fait de l'âge des examinés qui avaient dépassé la période pendant laquelle les contractions correctrices se manifestent.

Chez les sujets où une contraction partielle (œil actif) a été rencontrée, cette contraction a varié entre 0,25 et 1 D. Pour apprécier quel a été le degré d'influence de l'œil actif sur l'autre, il faut se reporter à la période de l'existence où la contraction correctrice (œil actif) avait la plus grande force.

Quand dans l'œil passif, il existe un léger degré d'astigmatisme cornéen, la contraction correctrice ne fait pas d'ordinaire un angle droit avec le méridien le plus réfringent de la cornée. Par suite de l'influence d'un œil sur l'autre, cette contraction peut être déplacée d'un certain angle, car d'ordinaire l'emplacement de la contraction associée est déterminée par l'œil directeur.

Une contraction horizontale de l'œil actif engendre, dans l'œil passif, une contraction horizontale ou voisine de l'horizontale de 15°.

Une contraction verticale semble devoir donner naissance à une contraction oblique.

Une contraction oblique provoque une contraction oblique, avec une différence d'angle quelquefois nulle, mais pouvant atteindre parfois 30°.

Dans la très grande majorité des cas de contractions obliques, la contraction associée est dirigée dans le même sens que la contraction directrice, si cette dernière est dirigée de haut en bas, et de droite à gauche, l'autre aurait la même direction oblique.

L'angle existant entre la contraction directrice et la contraction associée, n'a été qu'une seule fois de 90°, faisant l'une, à droite de la verticale, un angle de 45°, et l'autre, à gauche, un angle également de 45°.

La contraction associée a pour conséquence de faire apparaître un astigmatisme subjectif dans un œil sans astigmatisme cornéen, ou elle a pour effet de déplacer le sens d'un astigmatisme. Dans un cas, elle a augmenté le degré de l'astigmatisme cornéen.

La contraction associée survit à la contraction qui lui a donné naissance. Il faut des doses prolongées d'atropine pour vaincre cette contraction. Il semble que plus une contraction associée a d'année d'existence, plus elle offre de résistance à l'action de l'atropine. Cette contraction prend, avec l'âge, les allures de la contracture. Dans ce cas, si l'on vient à formuler un cylindre, il convient d'ordonner le verre trouvé lors de l'examen subjectif, qui est alors en opposition avec celui qu'on formulerait si l'on se laissait guider par l'ophthalmomètre. »

Une note de M. Grandclément (Lyon) sur les *indications des lavages intraoculaires, après l'extraction de la cataracte*. — Une étude de M. le Dr Leplat (Liège) *sur la régénération de l'humeur aqueuse, après la paracentèse oculaire*. Suivant ses expériences, après la paracentèse de la cornée, l'humeur aqueuse se régénère en partie aux dépens du corps vitré, et même, comme l'avait pensé Deutschmann, pour la plus grande partie.

Ce numéro renferme la notice nécrologique sur le professeur Horner, de Zurich.

Dans le numéro de janvier du *Centralblatt d'Hirschberg*, nous relevons les mémoires originaux suivants : — Szili. Morphographie de la papille du nerf optique. L'auteur donne plusieurs figures de papilles physiologiques, mais de forme anormale. — Stanislas V. Stein. Un travail sur la production expérimentale de la cataracte par le traumatisme, par le changement des conditions physiques, par l'action de réactifs sur la lentille, par l'injection de substances chimiques dans le sang; enfin, suivant Stein, par l'irritation nerveuse.

Dans le premier numéro (1887) du *American Journal of Ophthalmology*, Culberston s'occupe de l'examen d'un cas de glaucome; son travail est accompagné de microphotographies donnant une idée assez exacte de l'excavation du nerf optique et des lésions du segment antérieur de l'œil, relatives aux procès ciliaires atrophiés et au cristallin fortement modifié dans sa forme. — Gould fournit la description d'un instrument pour la démonstration des cas d'amétropie : lentilles, cupule rétinienne, cordeaux pour figurer la marche des rayons dans les différentes variétés

d'amétropie. — Cormwall relate un cas d'ophtalmie sympathique développée vingt-cinq ans après la blessure : guérison par l'énucléation. — Ayres publie quelques considérations sur le traitement post-opératoire de la cataracte.— Baker un rapport sur vingt cas d'extraction de cataractes séniles. — Enfin signalons un travail de Burnett sur les propriétés des faisceaux lumineux, tombant obliquement sur des verres sphériques et cylindriques.

Le numéro des *Archives françaises d'Ophthalmologie* contient un mémoire très complet de Borel, chef de clinique de Landolt, sur *les affections hystériques des muscles oculaires*. Il étudie d'abord l'influence de l'hypnotisme dans ses différentes phases, et des attaques de l'hystero-épilepsie, sur les mouvements des muscles oculaires ; puis les spasmes des muscles intrinsèques de l'œil, dans l'hystérie ; enfin les paralysies hystériques de ces muscles ; la paralysie du facial, de l'ocutomoteur commun et de la sixième paire.

Stevens (New-York) publie une étude *sur la nomenclature des différents états réunis sous le nom d'insuffisance musculaire*; dénomination vicieuse qu'il voudrait voir remplacée par les termes d'orthophorie et d'hétérophorie, erophorie, hyperophorie. F. P.

THÉRAPEUTIQUE

Indications de l'eau minérale des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).

Une observation clinique de plus d'un siècle, qui va de Bordeu jusqu'à Pidoux, pour nous borner aux deux noms les plus illustres, a prouvé l'efficacité incomparable des sources sulfurées des Eaux-Bonnes dans le traitement des maladies chroniques de la gorge et de la poitrine. Les formes lentes et torpides de l'angine catarrhale et granuleuse, de la rhinite, de la laryngite et de la bronchite, sont sûrement améliorées, quand elles ne sont pas guéries, par l'usage méthodique de l'eau des Eaux-Bonnes, notamment chez les herpétiques et les scrofuleux.

Quant à la phtisie pulmonaire, malgré les progrès et les essais de la thérapeutique contemporaine, les faits sont là pour démontrer que l'assertion de Pidoux est aussi vraie aujourd'hui qu'hier : *que l'eau des Eaux-Bonnes est plus spécialement anti-tuberculeuse dans la phtisie pulmonaire, qu'elle est le plus puissant remède connu contre cette affection.* D'autre part, l'altitude de la célèbre station est un auxiliaire précieux de l'efficacité de ses eaux.

A plus forte raison peut-on attendre de son emploi les résultats les plus avantageux dans des maladies moins graves, telles que l'asthme, la pleurésie et la pneumonie chroniques. Dans l'asthme, cette eau minérale agit non seulement sur le catarrhe qui existe dans la plupart des cas, mais elle agit même sur la contractilité des petites bronches pour supprimer ou diminuer l'emphysème qui en est la cause la plus commune. Dans la pleurésie et la pneumonie, on voit (et même rapidement, si l'on a affaire à un sujet non tuberculeux), se résoudre peu à peu l'épanchement ou se résorber les exsudats et les engorgements pulmonaires.

Enfin, l'eau et le climat des Eaux-Bonnes (1) sont indiqués d'une manière spéciale dans la chlorose qui n'a pas été améliorée par le fer, et dans les anémies ou cachexies qui sont le propre des tempéraments viciés ou qui succèdent aux maladies de longue durée.

(1) Eaux-Bonnes n'a rien à envier aux stations des Pyrénées, des Alpes et d'Auvergne les plus fréquentées. La beauté du site, le confort et la modération des prix de ses hôtels et de ses maisons particulières ; son Casino magnifique dont la nouvelle direction assure une série de fêtes ininterrompues; ses promenades nombreuses et uniques au monde par leur splendeur, le voisinage immédiat des Eaux-Chaudes (8 kilomètres) si efficaces contre les rhumatismes, la goutte et la stérilité des femmes, reliée à Eaux-Bonnes par un service régulier de tramways, ses belles excursions scientifiques et d'agrément dont elle est devenue le centre depuis la fondation récente du rendez-vous de départ : Excelsior. Tout concourt à faire de cette station une cité thermale des plus attrayantes.

NÉCROLOGIE.

M. VULPIAN.

Les *obsèques* de M. Vulpian ont eu lieu samedi, 21 mai, au milieu d'une affluence considérable de médecins et d'étudiants. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Berthelot, ministre de l'instruction publique, Janssen, vice-président de l'Académie des sciences, Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, Sappey, président de l'Académie de médecine, Féréol, président de la Société médicale des hôpitaux. Le char était orné de nombreuses couronnes ; nous avons remarqué l'immense couronne portée à bras « des élèves du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, à leur maître vénéré. »

L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse. Des discours ont été prononcés par M. J. Bertrand, au nom de l'Académie des sciences ; — M. Charcot, au nom des sections de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences ; — M. Hayem, au nom de la Faculté de médecine ; — M. Mathias Duval, au nom de l'Académie de médecine ; — M, Brown-Séquard, au nom de la Société de biologie ; — M. Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux.

VULPIAN était né à Paris le 5 janvier 1826 ; interne des hôpitaux en 1849, il comptait dans sa promotion Axenfeld, Charcot, Potain, Trélat, etc. Le 21 juillet 1853 il était reçu docteur après la soutenance d'une thèse sur l'*Origine réelle de quelques nerfs crâniens*, résultat de recherches faites au Muséum en collaboration avec M. Philippeaux.

Savant d'une modestie rare, contre laquelle la flatterie vint toujours échouer, il ne chercha jamais à se faire un piédestal de ses découvertes. Il était calme, froid, réfléchi ; suffisamment orateur sans être un beau parleur, il intéressait toujours son public par la profonde connaissance de son sujet. Nous ne saurions au surplus rien ajouter au discours si précis, si rempli de faits, qu'a prononcé sur sa tombe M. Charcot, son condisciple et son plus vieil ami.

Discours de M. CHARCOT, *membre de l'Académie des Sciences.*

Messieurs,

J'ai accepté la douloureuse mission d'exprimer, au nom de la section de médecine et de chirurgie, les regrets que fait éprouver à l'Académie des sciences la perte imprévue de l'un des membres qui l'ont le plus honorée et le mieux servie. L'Académie a pensé que cette mission devait incomber à celui qui, pendant de nombreuses années. est resté attaché à Vulpian par les liens d'une amitié étroite et a été l'intime témoin de ses labeurs. Mais je crains que la tâche ne soit bien difficile à remplir. Le deuil que nous portons tous ici m'est un deuil trop personnel pour que je n'aie point quelque peine à rassembler mes forces et à dominer le sentiment de profonde affliction que j'éprouve.

Je rencontrai Vulpian pour la première fois, il y a trente-cinq ans de cela, à l'hôpital de la Pitié, où nous venions l'un et l'autre exercer les fonctions d'interne. Parisiens tous les deux, nous entrions dans notre vingt-cinquième année. Une parfaite communauté de sentiments, d'idées, de tendances, et jusqu'aux difficultés de l'existence qui nous étaient communes, nous avaient bien vite rapprochés ; ce fut pour la vie.

Mon collègue, à cette époque déjà, était attaché au Muséum d'histoire naturelle comme préparateur de Flourens, sous la direction de M. Philippeaux qui fut plus tard son collaborateur. On voit que, dès l'origine de sa carrière, Vulpian dut partager son activité entre le laboratoire et la salle d'hôpital. De bonne heure donc, il avait dû être amené à comprendre que, sans le concours de l'expérimentation, l'observation pure se montre souvent impuissante, tandis que, par contre, les données expérimentales, en tant, du moins, qu'il s'agit de la pathologie de l'homme, restent presque toujours sans application lorsqu'elles ne sont pas incessamment soumises au contrôle de la clinique. On peut dire que le grand caractère de la vie scientifique de Vulpian est là, dans cette union intime du médecin et de l'expérimentateur.

Aussi doit-on le considérer comme l'un des fondateurs, l'un des promoteurs principaux de cette méthode puissante, qu'on peut, à juste titre, appeler française et qui, parce qu'elle

reconnaît et proclame hautement les droits de la clinique, peut seule diriger, par des voies sûres, le mouvement qui conduit à la rénovation scientifique de la médecine par la physiologie.

Certes, les circonstances ont secondé Vulpian dans son élévation rapidement progressive aux situations scientifiques les plus éminentes. Mais il n'est que juste de reconnaître que ses fortes études, poussées dans toutes les directions de la science biologique, qu'une éducation littéraire solide, mises au service d'un esprit lucide et pénétrant, l'avaient de bonne heure armé pour la lutte. Aussi lorsque se présenta « *cette marée des affaires humaines qui, saisie au moment du flux, conduit sûrement au succès* », n'eut-il qu'à se laisser pousser jusqu'au port.

Nommé médecin des hôpitaux en 1857, agrégé de la Faculté de médecine en 1860, Vulpian fut appelé, en 1864, à suppléer Flourens au Muséum d'histoire naturelle, dans la chaire de physiologie comparée, qu'il a occupée jusqu'en 1866. L'épreuve fut décisive ; le succès du jeune professeur avait été éclatant. Il s'était affirmé comme expérimentateur habile, critique rigoureux et aussi comme inventeur. A chaque pas, pendant le cours de son enseignement, il avait fait preuve d'une maturité d'esprit et d'une élévation d'idées dont on n'admirait pas moins la précocité que la grandeur.

Les *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, publiées en 1866, sont en quelque sorte la représentation écrite de cet enseignement. L'ouvrage, on peut le dire, était, tant par la forme que par le fond, parfait pour l'époque. Non seulement l'auteur y exposait les connaissances du temps sur les sujets dont il traite, mais il y exposait aussi les résultats de ses expériences personnelles sur le mode d'action du curare, sur la dégénération et la régénération des nerfs sectionnés, sur le mode d'activité des fibres nerveuses. On y remarquait surtout les leçons relatives à la physiologie normale et pathologique de la moelle épinière, des diverses parties de l'isthme de l'encéphale, des hémisphères cérébraux enfin.

Ce livre eut une singulière fortune; d'un côté, il appelait sur l'auteur l'attention non seulement des physiologistes et des médecins, mais encore des philosophes, en raison des questions relatives aux fonctions cérébrales supérieures qui y sont traitées ; d'un autre côté, il lui valait, en dehors du monde scientifique, une notoriété à laquelle il ne s'attendait guère. On l'accusait de professer une psychologie subversive, et on le menaçait de bien des colères. Par son attitude calme et digne, Vulpian fit taire ces vaines clameurs, et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Sur ces entrefaites, par suite du décès de Jean Cruveilhier, la chaire d'anatomie pathologique devint vacante à la Faculté de médecine de Paris. Vulpian y fut nommé, mais non sans peine ; son élection avait rencontré la résistance la plus vive du côté des partisans irréconciliables des anciennes méthodes. Le moment était critique au plus haut point. L'anatomie pathologique macroscopique, purement descriptive, avait fait son temps ; entre les mains de Cruveilhier lui-même, elle avait presque atteint le plus haut degré de perfection possible ; mais elle ne suffisait plus. Il fallait maintenant, l'œil armé du microscope, pénétrer jusque dans l'intimité des organes pour étudier, dans toutes les phases de leur évolution, les lésions des éléments anatomiques.

Vulpian seul, parmi les agrégés en médecine du temps, était, cela est incontestable, suffisamment préparé par ses études antérieures pour accepter la responsabilité d'une si lourde tâche. Il réussit pleinement à opérer une réforme urgente et dont l'accomplissement est certainement un de ses plus beaux titres à la reconnaissance de notre pays. Désormais, grâce à lui, nous étions, à la Faculté de médecine de Paris, en possession d'un enseignement véritablement à la hauteur des nécessités de l'époque et capable de lutter contre la concurrence étrangère, voire même de la dominer.

Depuis quelques années, Vulpian faisait partie de l'Académie de médecine, lorsque en 1872, il obtient, par voie de permutation, d'occuper la chaire de pathologie expérimentale et comparée devenue libre par suite de la retraite de notre éminent confrère Brown-Séquard. C'était pour Vulpian revenir à ses études de prédilection. Non seulement, il trouverait à utiliser là les connaissances très étendues en anatomie comparée, qu'il avait acquises autrefois au Muséum, mais de plus il allait pouvoir plus que jamais établir un rapprochement intime entre les faits que fournit l'expérimentation et ceux que fournit l'observation clinique. L'expérimentation, il ne l'avait jamais abandonnée un seul instant, et, pour ce qui est de la clinique, il n'avait pas cessé de s'y perfectionner par la fréquentation assidue de son service d'hôpital.

A cette période de son enseignement, dont la mort vient de marquer le terme, se rapporte la publication de quelques-uns de ses plus importants ouvrages : les *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, faites en 1875, qui ne sont pas uniquement, tant s'en faut, contrairement à ce que dit modestement l'auteur, un ouvrage de critique expérimentale, puisqu'on y trouve, entre autres découvertes, la démonstration de l'action dilatatrice de la corde du tympan sur les vaisseaux de la langue; les *Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses* (1881), contenant de remarquables études relatives au jaborandi, au curare, à la strychnine ; enfin le *Traité des maladies du système nerveux*, dont le second volume paraissait il y a quelques mois à peine. C'est dans ce beau livre, que se trouvent consignées et groupées les innombrables observations et les nombreuses découvertes, qu'a faites Vulpian, dans le domaine de la pathologie nerveuse, pendant le séjour qu'il fit à l'hospice de la Salpêtrière d'abord, puis dans divers hôpitaux, la Pitié, la Charité, l'Hôtel-Dieu : Détermination du siège de la lésion spinale, dans la paralysie infantile, premier essai d'une description symptomatique de la maladie dite sclérose en plaques, nosographie de la paralysie agitante, analyse et synthèse des affections systématiques de la moelle épinière, etc. Il suffit de ces indications sommaires pour rappeler la part considérable que Vulpian peut réclamer dans cette grande élaboration qui, de nos jours, a permis d'asseoir définitivement la pathologie cérébro-spinale sur le triple et inébranlable fondement de la clinique, de l'anatomie et de l'expérimentation physiologique.

Si quelqu'un voulait entreprendre de juger Vulpian comme médecin et d'apprécier les services qu'il a rendus à la pathologie médicale, c'est dans le *Traité des maladies du système nerveux* et aussi dans la *Clinique médicale de la Charité*, qu'il lui faudrait surtout puiser les documents. Celui qui, au contraire, voudrait étudier le physiologiste, éprouverait plus d'embarras. Il devrait consulter, en outre des ouvrages cités plus haut, d'innombrables notes, mémoires, publications de tout genre qui figurent dans divers recueils. Ce travail de révision ferait reconnaître immanquablement, que ce qui caractérise surtout la manière de Vulpian, comme physiologiste, c'est l'exactitude absolue dans l'observation des faits, l'arrangement méthodique, une sobriété extrême dans les conclusions. Ses tendances sceptiques à l'égard des théories l'auraient même, prétendent quelques-uns, souvent arrêté sur la voie d'une découverte. Toutes ses publications montrent qu'il était dominé par le désir de rendre justice à tous les auteurs qui l'avaient précédé dans l'étude d'une question. On ne peut, certes, qu'admirer son courage scientifique. Combien de fois ne l'a-t-on pas vu, en effet, aussitôt qu'il avait reconnu l'erreur, détruire sans pitié les constructions qu'il avait pris le plus de peine à édifier.

Trois ans après son entrée dans la chaire de pathologie expérimentale, Vulpian devait atteindre le but vers lequel avaient tendu tous ses efforts ; le rêve de toute sa vie se réalisait enfin, l'Institut lui ouvrait ses portes le 22 mai 1876 et lui accordait ainsi la marque de distinction la plus élevée à laquelle un physiologiste et un médecin puissent prétendre. Quel sentiment de légitime orgueil ne dut-il pas éprouver le jour où, appelé, jeune encore, à recueillir, dans la section de médecine et de chirurgie, l'héritage d'Andral, il vint s'asseoir entre Claude Bernard, le grand physiologiste, et Bouillaud, vétéran respectable de la médecine scientifique d'alors.

Oui, c'était bien là la place qu'il avait mérité d'obtenir et ses vœux désormais étaient exaucés.

Il devait cependant éprouver encore une satisfaction bien vive : ce fut lorsque la confiance de l'Académie l'investit des hautes fonctions de secrétaire perpétuel. Cette satisfaction fut la dernière.

Avoir essayé d'indiquer l'évolution générale et les principaux épisodes de cette grande et belle carrière scientifique, ce n'est

là qu'une partie de notre tâche. Il nous faut maintenant parler de l'homme, de cette nature d'élite qui consacra pieusement toute sa vie à la recherche de la vérité scientifique. On peut, d'un mot, caractériser Vulpian, c'était l'homme du devoir. Jamais on ne l'a vu reculer devant une tâche qu'il s'était engagé à remplir. Lorsqu'il sentit ses forces décliner, il résigna le titre si fort envié de médecin de l'Hôtel-Dieu, cinq ans avant la limite d'âge, et du même coup il abandonna la pratique civile qu'il menait cependant depuis plusieurs années avec le plus grand succès, à titre de médecin consultant. C'est qu'il voulait employer tout son temps au service de notre Académie, et l'on sait comment, à cet égard, il s'acquittait de son devoir.

Vulpian était plus encore; c'était un grand et bon cœur ; un homme de famille, prêt à tout sacrifier pour les siens, un maître adoré de ses élèves, un ami sûr et dévoué ; et celui qui a le triste honneur de porter ici la parole, ne peut, sans une vive émotion, se remettre en mémoire, comment, dans les nombreuses et ardentes compétitions où ils se sont trouvés mêlés tous les deux, Vulpian s'est toujours montré l'émule loyal, généreux, chevaleresque.

Bien qu'il ait rempli de hautes fonctions administratives, en particulier comme doyen de la Faculté de médecine, je crois bien qu'il n'a rencontré que peu d'ennemis et encore ces ennemis appartenaient-ils sans doute à cette classe d'hommes malheureux qui ne peuvent rencontrer la supériorité du cœur et de l'esprit sans en éprouver comme un sentiment d'irritation et de dépit. Mais, ceux-là, *on les regarde et l'on passe*, comme dit le grand poète des tristesses humaines.

Dans le courant des dernières années, la santé de Vulpian s'était progressivement altérée. La mort inopinée d'un enfant qu'il aimait par-dessus tout, puis celle de la femme dévouée qu'il avait choisie pour compagne vinrent l'ébranler plus encore. Alors, je l'entendis répéter ce que je lui avais entendu dire une fois déjà, il y a de cela trente ans, lorsque peu de temps après la mort de sa mère, qu'il adorait, j'essayais de ranimer son courage un instant abattu : « J'espère, disait-il, me relever par le travail ; heureusement que nous avons ce remède-là... » Oui, le travail, toujours le travail! Tel était bien son refuge suprême. Mais, hélas ! cette fois, la lutte était décidément trop inégale. Que de courageux efforts, cependant n'a-t-il pas faits pour remonter la pente fatale! A la Faculté de médecine, nous le voyions chaque année, avec la même ardeur et la même ponctualité qu'aux plus beaux jours, reprendre et poursuivre aussi longtemps que ses forces le lui permettaient, ses cours toujours si consciencieusement préparés. A l'Institut, il remplissait, avec ce zèle scrupuleux et cette distinction que nous nous plaisions tous à reconnaître, ses difficiles fonctions. On n'a pas oublié le bel éloge de Flourens, qu'il prononça dans l'une de nos séances solennelles et qui excita votre admiration. Marquée au coin des qualités littéraires et scientifiques qui lui étaient familières, la construction de cette œuvre remarquable, au milieu de tant d'autres occupations pressantes, dut lui coûter bien des efforts. Récemment enfin nous l'avons entendu, au sein de l'Académie de médecine, défendre la cause d'un illustre savant, avec toute l'ardeur, toute la passion même d'une conviction profonde et aussi toute l'indignation que suscite, dans une âme droite, le sentiment d'une agression qui ne lui paraît pas justifiée.

C'était trop, l'organisme succombait peu à peu sous ces coups répétés, et lorsque, il y a quelques jours, après un de ces trop longs séjours qu'il avait coutume de faire dans son laboratoire, notre ami fut saisi des premières atteintes du mal qui devait nous le ravir, nous ne nous y sommes pas trompés un seul instant. En nous, dès l'origine, s'était développée la douloureuse, l'implacable conviction que nous allions, hélas ! assister à un désastre. Par une triste compensation, Vulpian, pendant toute la durée de sa maladie, ne reconnut pas, même un seul instant, que sa vie était en danger. Les souffrances du corps, comme celles de l'esprit, lui ont donc été épargnées. Il faut nous féliciter encore, dans cette épreuve, que la clémence du sort l'ait ainsi soustrait aux amertumes des luttes cruelles et des suprêmes déchirements que la nature nous impose trop souvent.

Maintenant le malheur est consommé et nous pouvons en mesurer l'étendue et la profondeur. Le vide que rien ne saurait combler s'est ouvert. Les regrets, les émotions pénibles ou douloureuses que causent en ce moment chez nous et autour de nous cette perte irréparable, s'éteindront, eux aussi, tôt ou tard, car ceux qui les ressentent sont périssables.

Seule durable et seule équitable est la postérité ; elle recueillera pieusement le nom du savant et le consacrera par un souvenir glorieux.

Nous ajouterons que c'est sous le décanat de Vulpian que s'accomplirent une partie des nombreuses réformes opérées depuis quelques années à la Faculté de médecine, parmi lesquelles nous citerons la création de nombreux laboratoires, celle de chaires nouvelles, etc. Vulpian était du reste homme de progrès et partisan de la plupart des réformes que nous avons demandées à maintes reprises dans le *Progrès médical*. Voici une liste de ses principaux travaux, complétant les indications citées par M. Charcot :

Des pneumonies secondaires, th. d'agrégation en méd., 1860. — *Sur l'atrophie musculaire de l'enfance* (*Soc. de biol.*, 1865, p. 215, et 1871, p. 121, *Arch. de phys.*, 1870, p. 316). — Divers mémoires sur l'*atrophie musculaire progressive* (*Arch. de phys.*, 1869, p. 221, 1873, p. 95) ; sur l'*ataxie locomotrice progressive* (*Gaz. hebd.*, 1862, p. 277 ; *Soc. de biol.*, 1862, p. 155 ; *Arch. de phys.*, 1868, p. 128, etc.). Sur les *myélites toxiques*, les *atrophies secondaires de la moelle épinière*, en particulier celles qui surviennent à la suite de l'amputation des membres (*C. rend. Acad. des sciences*, 1872, t. LXXII, p. 624) ; sur les *lésions du bulbe, du quatrième ventricule et leurs conséquences sur les nerfs crâniens, le facial, entre autres* (*Soc. de biol.*, 1861) ; les *néo-membranes de la dure-mère* (*Gaz. hebd.*, 1860) ; la *méningite spinale* (*Arch. de phys.*, 1869, p. 279) ; la *déviation de la tête et des yeux dans les cas d'hémiplégie* (th de Prévost, 1867) ; *Sur l'anatomie pathologique de l'érysipèle* (*Arch. de phys.*, 1868) ; des *pustules de la variole* (*Acad. de méd.*, 1870 et 1871) ; de la *maladie bronzée d'Addison* (*Soc. de biol.*, 1856 et 1857) ; de l'*éléphantiasis des Arabes* (*Soc. de biol.*, 1856, p. 303) ; *sur les anastomoses des terminaisons des artères et des veines ; sur le mode d'accroissement des os longs* (*Arch de phys.*, 1870) ; *les effets physiologiques de l'électricité* (*Soc. de biol.*, 1857 et 1858). *Recherches sur l'endocardite ulcéreuse à la forme typhoïde* avec M. Charcot (*Soc. de biol.*, 1861, p. 205). — *Sur la septicémie expérimentale* (*Soc. de biol.*, 1869 et 1872) ; — *Mémoire relatif à l'influence des saignées abondantes sur la production de la pléthore sanguine.* — *Sur l'anévrysme du cœur et les bruits de souffle cardiaques et vasculaires*, avec Dechambre (*Gaz. hebd*, 1866) ; — *Sur les concrétions sanguines de l'appareil vasculaire* (*Journ. de l'Ecole de médecine*, 1875) ; *sur la physiologie pathologique de l'ictère simple et sur celle de l'ictère grave* (*Ibid*). — *De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses*, 1880 ; — Vulpian a encore publié un grand nombre de mémoires et d'articles dans la *Gazette hebdomadaire*, les *Archives de physiologie*, la *Revue de médecine*, les *Comptes rendus de la Société biologique, de la Société anatomique, de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.* P. B.

VARIA

A propos du compte rendu du Congrès d'Ophthalmologie.

Dans l'article en réponse au *Bulletin médical*, paru dans notre dernier numéro, une erreur de correction a rendu l'article incorrect. En tête de la 2e colonne de la page 426, il faut lire : « *Voici d'ailleurs* la réponse péremptoire adressée par M. Poncet ..... à M. Prengrueber. »

Au lieu d'insérer cette réponse qui démontrait que nous n'avions fait qu'user d'un droit et cela sur l'indication même du secrétaire général du Congrès, le rédacteur du *Bulletin médical* se borne à insérer la note suivante :

« M. Poncet, secrétaire du Congrès d'ophthalmologie, nous a adressé une lettre qui a déjà paru dans le *Progrès médical*, et dans laquelle il reconnait la justesse de nos réclamations relativement au compte rendu des discussions du Congrès d'ophthalmologie.

« Vous avez reçu, dit-il, comme la *Semaine médicale*, les résumés des travaux, et, en échange, *vous donniez la rédaction des discussions.* »

« Nous n'avons jamais prétendu autre chose ; seulement nous désirions que la remarque fût faite par M. Poncet. C'est fait, nous l'en remercions. »

Nous en demandons bien pardon à M. Prengrueber, il avait prétendu autre chose puisqu'il nous accusait d'avoir reproduit,

sans en indiquer l'origine, un compte rendu appartenant en propre au *Bulletin médical*, alors que, en échange de la faveur qui lui était faite, *il* DEVAIT *fournir* aux journaux, qui les demanderaient, les *épreuves des comptes rendus des séances*... ce qu'il n'a pas fait. Ce n'est pas sans une certaine surprise que nous voyons employer un procédé de ce genre dans un journal, appartenant, assure-t-ou, à deux professeurs de la Faculté de médecine et qui, en quelque sorte, plus que tout autre, est tenu à n'employor que des procédés absolument corrects.

Mentevisme.

Un Russe de Tiflis, M. Osip FELDMAN, a fait hier, 24 mai, à l'hôtel Continental, une série d'expériences tendant à prouver la légitimité de ce qu'il appelle le *Mentevisme* ou *Suggestion mentale*. M. Feldman, d'après ce que nous a expliqué un interprète, a un cerveau bizarre. Il lui suffit de se faire serrer violemment le poignet par un individu quelconque pour connaître, immédiatement ou après quelques tâtonnements de peu de durée, la pensée de cet individu. Qu'on varie ce thème à l'infini et que la pensée du sujet *inducteur* se rapporte à un jeu de carte confié à un des 500 auditeurs, à une personne quelconque à laquelle ce sujet a pensé, ça sera la même chose. M. Feldman, emmené hors de la salle, au moment où l'on cache le jeu de cartes, revient avec deux auditeurs *chargés de le surveiller*. Il se met en communication de pensée, en se faisant tenir solidement le poignet par un des assistants, qui pense *avec intensité* à l'endroit où sont cachées les cartes et le voilà parti. Poussé par une sorte de force irrésistible, il entraîne son acolyte, dont la pensée le domine. Il cherche, avec l'air d'être en proie à un malaise terrible, bousculant tout le monde sur son passage, et enfin arrive à la personne qui a les cartes. Ces expériences, faites sans contrôle sérieux devant des gens du monde, et dont un grand nombre, du reste, n'ont pas réussi, n'ont aucune portée et ne dépassent guère, comme intérêt, les tours de cartes ou les expériences de la *physique amusante*. On ne peut voir dans les *tours de force* exécutés hier par M. Feldman qu'une assez pâle réédition des fameuses *expériences* faites il y a quelques années par Cumberland.

Dr PAUL BERBEZ.

Assistance publique : Bureau central (Chirurgie).

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute la lettre adressée aux membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique par les candidats au Bureau central (chirurgie), lettre dans laquelle ceux-ci protestaient avec raison contre une modification malheureuse du règlement concernant le *service de santé* des hôpitaux, en ce qui concerne les chirurgiens du Bureau central. Cette protestation (1) a reçu l'appui de MM. Verneuil, Trélat, Duplay, Guyon, Panas, Tillaux, qui ont adressé aux signataires de la protestation les lettres suivantes, dont l'impression nous avait été confiée et que, jusqu'à ce jour, nous n'avions pas cru devoir publier, sur le désir des intéressés. Des extraits de ces lettres ayant été publiés, nous en donnons aujourd'hui le texte complet.

Lettre de M. le professeur VERNEUIL :

Paris, le 5 avril 1887.

Monsieur,

Vous me demandez mon avis sur l'arrêté du 8 juillet 1886 et sur les changements qu'il apporte au recrutement des chirurgiens du Bureau central.

Mon impartialité ne pouvant être mise en doute dans une question qui ne saurait plus me toucher, je ne fais nulle difficulté pour vous répondre.

Les chirurgiens des hôpitaux sont répartis en trois catégories : Les chirurgiens titulaires; les chirurgiens du Bureau central en exercice ; les chirurgiens du Bureau central en disponibilité.

Que tous jouissent en paix de leur position acquise par le concours, rien de mieux ; mais à la condition qu'ils se contentent de ce que le concours leur a promis et leur a donné.

A la limite d'âge les chirurgiens titulaires doivent se retirer, après cinq ans d'exercice les chirurgiens du Bureau central doivent se retirer et attendre, c'est le contrat. Or si l'arrêté du 8 juillet ne lèse ni ne favorise les chirurgiens en exercice, il avantage en revanche les chirurgiens en disponibilité dont il prolonge le temps d'activité, et cela aux dépens d'une quatrième catégorie, sans existence légale il est vrai, mais sans laquelle les trois autres cesseraient naturellement d'exister. Je veux parler des candidats ou concurrents qui sont aux chirurgiens arrivés ce que la pépinière est à la plantation.

Bref, l'arrêté du 8 juillet donne à ceux qui ont quelque chose et ôte à ceux qui n'ont rien encore. A mon sens, la mesure n'est pas juste, étant donné précisément le contrat en vigueur; elle menace de compromettre sérieusement le solide recrutement des chirurgiens des hôpitaux en éloignant bon nombre de candidats. Enfin, elle ne paraît compenser ses inconvénients par aucun avantage bien évident.

Recevez, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

VERNEUIL.

Lettre de M. le professeur TRÉLAT :

La pétition des candidats au Bureau central pour la chirurgie (à laquelle j'autorise MM. Poirier et Chaput à joindre la présente déclaration) est l'une des conséquences de la voie où s'est engagée notre administration des hôpitaux.

Il est certain que la diminution des places mises au concours portera atteinte au bon et large recrutement des chirurgiens des hôpitaux en diminuant le nombre des candidats. Ceux-ci font bien d'appeler sur ce point toute l'attention de l'Administration.

Ce n'est pas par des demi-mesures qu'on résoudra les difficultés actuelles. Ni le fonctionnement des services, de façon à accroître de quelques unités le nombre des chirurgiens des hôpitaux, ni la diminution du nombre des chirurgiens du Bureau central, n'auront le caractère d'une solution et ce n'est certes pas ainsi que nous élèverons la puissance de notre chirurgie ! Les difficultés sont d'un autre ordre et se résument en deux faits : à Paris nous faisons mal faire l'apprentissage des futurs chirurgiens et, d'autre part, nous utilisons mal les jeunes chirurgiens. Voilà ce qu'il faut corriger. Remanier les services de chirurgie de façon à n'avoir plus sous ce nom que des services disposés et outillés pour la chirurgie générale ou spéciale, doter chaque service d'un chirurgien titulaire et d'un chirurgien en second, ou d'un assistant dont les fonctions dureraient obligatoirement quatre ou cinq ans, cela aurait pour résultat de doubler notre personnel chirurgical, de satisfaire aux besoins croissants de la chirurgie actuelle, d'augmenter l'activité et l'efficacité des divers services, de faire faire un noviciat utile aux jeunes chirurgiens ; enfin, et surtout, d'utiliser avec tous les avantages possibles ces jeunes chirurgiens qui attendent désespérément aujourd'hui un placement trop tardif.

U. TRÉLAT.

29 avril 1887.

Lettre de M. le professeur DUPLAY :

Invité par MM. les candidats au Bureau central de chirurgie à émettre mon opinion, relativement à la pétition qu'ils ont adressée au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, je n'hésite pas à l'approuver entièrement et à la recommander à la bienveillance de MM. les membres du Conseil.

Paris, le 4 mai 1887. S. DUPLAY.

Lettre de M. le professeur GUYON :

Je, soussigné, ai l'honneur de déclarer au Conseil de surveillance de l'Administration, que la mesure qui prolonge au delà de leur exercice les chirurgiens du Bureau central dans leur fonction, est contraire au bon recrutement de nos chefs de service futurs. Les candidats qui se préparent dans chaque génération pourront être écartés par de longs délais et il arrivera, ce qui déjà s'est produit, qu'à un moment donné les places seront plus nombreuses que les candidats *fortement* préparés. Le recrutement successif et régulier assuré par le roulement normal s'opposerait à ce grave inconvénient et les chirurgiens du Bureau central disponibles ne perdraient aucun de leurs droits au classement par ancienneté. Les suppléances toujours difficiles pendant la période des vacances seraient, en outre, beaucoup mieux assurées qu'elles ne le sont à l'heure actuelle, où l'on peut dire qu'elles sont notoirement insuffisantes.

(1) Voir *Progrès médical*, 7 mai, n° 19, p. 389.

Le soussigné serait heureux que le Conseil voulut bien examiner à nouveau la question, et le prie d'agréer l'hommage de ses sentiments respectueux et dévoués.

Paris, 4 mai 1887. F. GUYON.

Les arguments en faveur d'un amendement à apporter à l'arrêté administratif du 8 juillet me paraissent pleinement fondés pour le recrutement régulier de nos futurs chirurgiens des hôpitaux. C'est en me plaçant à ce point de vue de l'avenir des concours que je donne mon adhésion à la pétition qui m'a été soumise par MM. les Candidats au Bureau central.

PANAS.

J'estime que la réclamation faite par MM. los Candidats au Bureau central est absolument justifiée.

Paris, le 10 mai 1887. TILLAUX.

Après une critique aussi autorisée de l'arrêté pris par l'Administration, nous pensons que le Conseil de surveillance n'hésitera pas à réclamer le retour à l'ancien état de choses. Il nous semble aussi que M. Peyron ferait bien, le concours n'étant pas commencé, de déclarer la vacance de *deux places*. On lui prête l'intention de faire un *second* concours pour *une* place au mois de novembre; mieux vaut se décider immédiatement pour deux places: il en résulterait une économie d'argent pour son budget, de temps pour les juges, de fatigues pour les candidats.

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 31. — Dissect. (Epreuve pratique): MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*: MM. Le Fort, Grancher, Richelot; — 2e *Série*: MM. Laboulbène, Proust, Bouilly; — 3e *Série*: MM. Dieulafoy. Rémy, Joffroy; — 4e *Série*: MM. Duplay, Tarnier, Campenon. — 3e *de Doctorat*. (2e partie): MM. Jaccoud, Troisier, Hanot — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité): MM. Peter, Ball, Hutinel.

MERCREDI 1er juin. — Médec. opérat. (Epreuve pratique): MM. Lannelongue, Reynier, Segond. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*: MM. Farabeuf, Marchand, Straus; — 2e *Série*: MM. Rémy, Blum, Kirmisson. — 4e *de Doctorat*: MM. Charcot, Hayem, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) 1re *Série*: MM. Trélat, Pinard, Terrillon. — 2e *Série*: MM. Guyon, Reclus, Budin; — (2e partie): MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

JEUDI 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) 1re *Série*: MM. Ball, Marc Sée, Richelot; — 2e *Série*: MM. Mathias-Duval, Dieulafoy, Bouilly; — 3e *Série*: MM Laboulbène, Grancher, Quenu. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) 1re *Série*: MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes; — 2e *Série*: MM. Duplay, Tarnier, Peyrot. — 4e *de Doctorat*: MM. G. Sée, Proust, Quinquaud.

VENDREDI 3. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*: MM. Charcot, Reynier, Kirmisson; — 2e *Série*: MM. Damaschino, Blum, Segond; — 3e *Série*: MM Farabeuf, Marchand, Straus; — (2e partie): MM. Gautier, Rémy, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série*: MM. Lannelongue, Reclus, Budin; — 2e *Série*: MM. Guyon, Pinard, Terrillon; — (2e partie): MM. Potain, Hayem, Rendu.

SAMEDI 4. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*: MM. Grancher, Mathias-Duval, Campenon; — 2e *Série*: MM. Laboulbène, Marc Sée, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie): MM. Dieulafoy, Troisier, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*: MM. Jaccoud, Proust, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série*: MM. Le Fort, Tarnier, Bouilly; — 2e *Série*: MM. Duplay, Panas, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie): MM. Ball, Cornil, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi 31. — M. Panas. Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée. — M. Dutremblay. Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope. — *Jeudi* 2. — M. Gouzien. Topographie médicale de l'Ile-de-Sein (Finistère). — Mme Conta. Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants et de ses conséquences au point de vue de l'accouchement. — M. Fourtoul. Aperçu sur le climat et la pathologie de la Guyane. — M. Allot. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire dans la tuberculose pulmonaire. — M. Allin. L'eau potable et la fièvre typhoïde. — *Vendredi* 3. — M. Bouquet. Clou de Biskra. — M. Tscherning. La loi de Listing.

Enseignement médical libre.

Cours de gynécologie opératoire. — MM. VULLIET, professeur de la Faculté de Genève, et LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare, commenceront le 6 juin prochain un cours sur les manœuvres et opérations gynécologiques, principalement destiné aux jeunes médecins et aux étudiants arrivés à la fin de leurs études Chaque élève sera appelé à pratiquer, soit comme opérateur principal, soit comme aide, toutes les opérations gynécologiques. On s'inscrit pour le cours chez M. Lutaud, 25, boulevard Haussmann, Paris.

Cours d'accouchements. — MM. BOISSARD, chef de clinique adjoint et BERTHOD, ancien interne de la Maternité, commenceront un *cours d'accouchements* le mardi 31 mai, à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera accompagné d'exercices pratiques. Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser: M. le Dr Boissard, 67, rue Saint-Lazare: M. le Dr Berthod, 139, boulevard Saint-Michel.

Cours d'accouchements. — M. le Dr FOURNEL fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures. Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales. Un nouveau cours commencera le lundi 6 juin 1887. S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire 4, rue Suger, au concierge du cours.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 mai 1887 au samedi 21 mai 1887, les naissances ont été au nombre de 1205, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 437; illégitimes, 160. Total, 597. — *Sexe féminin*: légitimes, 424; illégitimes, 184. Total, 608.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 mai 1887 au samedi 21 mai 1887, les décès ont été au nombre de 1093, savoir: 569 hommes et 524 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoide: M. 6, F. 9. T. 15. — Variole: M. 6, F. 4, T. 10. — Rougeole: M. 23, F. 26. T. 49. — Scarlatine: M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche: M. 4, F. 5. T. 9. — Diphthérie, Croup: M. 17, F. 19, T. 36. — Choléra: M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire: M. 125, F. 95. T. 220. — Autres tuberculoses: M. 17, F. 11. T. 28. — Tumeurs bénignes: M. 0, F. 6. T. 6. — Tumeurs malignes: M. 15, F. 29. T. 44. — Méningite simple: M. 23, F. 23. T. 46. — Congestion et hémorrhagie cérébrale: M. 30, F. 25. T. 55. — Paralysie: M. 4, F. 4. T. 8. — Ramollissement cérébral: M. 2, F. 4. T. 6. — Maladies organiques du cœur: M. 28, F. 29. T. 57. — Bronchite aiguë: M. 13, F. 10. T. 23. — Bronchite chronique: M. 21, F. 17. T. 38. — Broncho-Pneumonie: M. 13, F. 12. T. 25. — Pneumonie M. 38, F. 38. T. 76. — Gastro-entérite, biberon: M. 19, F. 27. T. 46. — Gastro-entérite, sein: M. 12, F. 11. T. 23. — Autres gastro-entérite: M. 3, F. 1. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales: M. 0, F. 0. T. 0. — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation: M. 15, F. 19, T. 34. — Sénilité: M. 7, F. 12. T 19. — Suicide: M. 14, F. 3. T. 17. — Autres morts violentes: M. 6, F. 6. T. 12. — Autres causes de mort: M. 101. F. 70. T. 171. — Causes restées inconnues: M. 6 F. 5. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 77 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 18, illégitimes, 17. Total: 35. — *Sexe féminin*: légitimes, 32; illégitimes, 10. Total: 42.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Concours de l'adjuvat d'anatomie.* La première épreuve orale du concours pour la nomination à six places d'aides d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris a eu lieu le 16 courant, à quatre heures. La question donnée a été: *Articulation du coude.* Les dernières épreuves données à ce concours ont été: épreuve orale, *Artère sous-clavière*; — Epreuve de dissection: *Nerf crural et nerf obturateur de la cuisse.* L'épreuve pratique de dissection a eu lieu le lundi 23 mai. Les candidats, après cette épreuve qui est la dernière, ont été classés comme suit: aides d anatomie titulaires, MM. Jonesco, Chevalier, Rieffel, Legueu, Regnaud, Rollin; aides d'anatomie provisoire: MM. Vallat, Reboul et Dumoret.

Concours: 1° Pour le clinicat médical; 2° pour le clinicat chirurgical; 3° pour le clinicat des maladies du système nerveux. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique chirurgicale, et de chefs de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 27 juin 1887, à 9 heures du matin. Il sera pourvu: 1° Pour le clinicat médical: A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints; 2° Pour le clinicat chirurgical: A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° Pour le clinicat des maladies du système nerveux: A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours*: Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat

de la Faculté avant le 20 juin 1887. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir : Pour le clinicat médical et le clinicat des maladies du système nerveux, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours ; pour le clinicat chirurgical, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Vacances.—La Faculté de médecine sera fermé le lundi 30 mai à cause des fêtes de la Pentecôte.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. PARMENTIER, professeur de chimie à ladite Faculté, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie. — M. GIROD, docteur ès sciences, maître de conférences de sciences naturelles à la même Faculté, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. GOUY, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. KIENER, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Par arrêté ministériel, en date du 18 mai 1887, un concours aura lieu le 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

ACADÉMIE DES SCIENCES. *Elections.* — L'Académie des sciences vient de procéder aujourd'hui même, à quatre heures, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de Paul Bert, décédé. Les candidats avaient été classés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bouchard; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel, Rouget, Germain Sée et Villemin ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Hayem, Jaccoud, Lancereaux et Ch. Richet. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 61, majorité 31, les voix se sont réparties de la manière suivante : M. Bouchard, 27 voix; M. Germain Sée, 22 voix; M. Villemin, 12 voix. Au second tour de scrutin : nombre de votants, 61 ; majorité, 31. M. BOUCHARD a été élu par 32 voix, contre 22 voix données à M. Germain Sée et 6 voix à M. Villemin. — Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami M. BOUCHARD.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française pour l'avancement des sciences vient, dans la dernière séance générale du Comité, d'accorder les subventions suivantes : 1° M. BOULE, pour aider à la publication de son travail sur les « *Temps quaternaires et préhistoriques de l'Auvergne* », 500 francs ; — 2° MM. BUCQUOY et DANTZENBERG, pour achat de dix exemplaires de l'ouvrage sur les « *Mollusques marins du Roussillon* », 650 francs ; — 3° M. MARCELLIN LANGLOIS, pour l'achat d'un *hygromètre à absorption*, 300 francs; — 4° M. LETELLIER, pour aider à la continuation de ses *recherches géologiques sur le sol des cantons d'Alençon*, 300 fr.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — *Muséum d'histoire naturelle de Paris.* — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle fera une excursion géologique publique le dimanche 29 mai 1887, à Creil, Fleurine et Pont Sainte-Maxence. Rendez-vous gare du Nord où l'on prendra à 8 heures 10 minutes du matin, le train pour Creil.

On sera rentré à Paris vers 5 heures. Pour profiter de la réduction de 50 p. 0/0, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demie place avant samedi soir à 4 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des chirurgiens du bureau central.* — Le registre d'inscription des candidats du concours, qui doit s'ouvrir le 2 juin prochain, pour la nomination à une place de chirurgien du Bureau central, a été clos la semaine dernière. Les candidats, au nombre de vingt-cinq, sont : MM. les Drs Poirier, Castex, Barette, Ménard, Nepveu, Broca, Beurnier, Jullien, Chaput, Hallé, Jarjavay, Petit-Vendol, Verchère, Guinard, Hache, Walther, Ricard, Labbé, Coudray, Garnier, Tuffier, Picqué, Michaud, Ozenne et Remy. Les membres du jury tirés au sort sont : MM. les Drs Th. Anger, Guéniot, Humbert, Lannelongue, Lucas-Championnière, Peter et Pozzi.

INSTITUT PASTEUR. *Comité.* — Le Comité vient de procéder à l'élection de cinq membres destinés à compléter le chiffre de trente membres titulaires dont doit se composer tout comité d'une société reconnue et à remplir les vides dus aux décès de MM. Bert, Béclard, Gosselin et Vulpian. Ont été nommés : MM. Chamberland, Vallery-Radot, Dr Roux, Duclaux et M. le professeur Chauveau.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr Bernard (D.) est nommé médecin adjoint du lycée de Marseille, en remplacement de M. le Dr Gallerand, appelé à d'autres fonctions. — M. le Dr ALLIEZ est nommé médecin-adjoint du lycée de Nice, en remplacement de M. le Dr Huillet, appelé à d'autres fonctions.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. *Prix.* — A la suite du concours ouvert au mois d'octobre 1886 : « *De la sédentarité dans les écoles primaires et secondaires, et du surmenage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spécial* », la Société française d'hygiène vient de décerner les récompenses suivantes : *Médailles de vermeil* : *Ex æquo*, MM. les Drs Bach (de Paris) et Guillermet (de Chatou).— *Médaille d'argent* : M. Rouxel (de Paris).— *Médailles de bronze* : M. le Dr Hooghe, de Loochristy-lez-Gand (Belgique), et M. E. Paz (de Paris).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE LONDRES. — Une Société d'anatomie vient d'être fondée à Londres sous la présidence de M. le Pr Humphry (de Cambridge).

NÉCROLOGIE. — FRIEDLANDER (Carl), privat-docent d'anatomie pathologique à la Faculté de Berlin, attaché comme anatomo-pathologiste à l'hôpital municipal (Friedrichshein), vient de succomber à une bronchite tuberculeuse, dont il était atteint depuis plusieurs années. Il était né à Brieg le 9 novembre 1847. De 1874 à 1879, il fut assistant de M. Recklinghausen, à Strasbourg. En 1883, il fondait les « *Fortschritte der Medicin,* » revue bi-mensuelle, consacrée à toutes les branches médicales, mais où ont paru surtout d'excellents travaux anatomo-pathologiques. Voici la liste des principaux travaux de C. Friedlander : *Anatomische Untersuchungen über den Uterus* (1870); —*Ueber locale Tuberculose* (1873) ; —*Anatomische Untersuchungen über Lupus* (1874) ; — *Epithelwucherung und Krebs* (1877) ; — *Ueber Herzhypertrophie* (1881) ; — *Die mikroskopische Technik zum Gebrauche der pathologisch-anatomischen Untersuchungen* (2e et 3e édition), dont nous publierons prochainement une traduction (1884-1886); — *Die Mikrococcen der Pneumonie* (1883). — M. le Dr Henri ISSATIER, sénateur de la Gironde, mort le 23 mai, à 71 ans. C'était un agriculteur émérite, auteur de plusieurs travaux concernant cette science. On lui doit un Cours d'Agriculture, un Traité de culture des arbres fruitiers et le Trésor des Cultivateurs. M. Henri Issartier était né à Miramont (Lot-et-Garonne), en 1816. Reçu docteur en médecine en 1840, il alla exercer à Monségur (Gironde), où il fut élu maire en 1848. Il conserva ses fonctions pendant l'Empire jusqu'en 1870, époque à laquelle il donna sa démission, pour ne pas s'associer au plébiscite. Réélu trois fois maire, après le 4 septembre, il fut révoqué trois fois par le gouvernement de l'ordre moral, après le 24 mai, en janvier 1876 et après le 16 mai. — M. le Dr COSTE (de Saint-André-de-Sougonis); — M. le Dr RICORNE (Vial-le-Fort); — M. le Dr ROUSSEAU, médecin de la marine ; — M. le Dr WATSON, professeur de physiologie à l'Andersonian University de Glasgow. — *L'Archivio di Pathologia Infantile* nous annonce la mort de M. le Dr RAFFAELE CARTARANI, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Naples, décédé le 22 avril dernier.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi et vendredi à 9 h. 1/2. — M. FALRET. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. TERRILLON. Leçon le mercredi à 10 heures et opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Le Bulletin bibliographique.

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** Un vol. in-8 de 72 pages — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

FÉRÉ (Ch.). **Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.** Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr 25. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GUYON (F.) et FÉRÉ (Ch.). **Note sur l'atrophie musculaire consécutive à quelques traumatismes de la hanche.** — Brochure in-8° de 14 pages. Paris, 1881. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

PICARD (H.). — **De l'incontinence nocturne d'urine essentielle.** Brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés . . . . 35 c.

RAISON (A.-G.) — **Des traitements des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle.** Vol. in-8 de 42 pages. Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés. . 1 fr. 70.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 23. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 JUIN 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

La maladie de Friedreich ;

Leçon recueillie par **Paul BERBEZ**, interne, et **Henri BERBEZ**, externe du service.

Messieurs,

Je vais aujourd'hui appeler votre attention sur un cas rare, appartenant à une maladie encore assez mal connue actuellement et dont j'ai eu l'occasion, cependant, de vous entretenir une fois déjà, il y a deux ans, le 15 février 1884, à propos d'un autre exemple du même genre. La leçon d'alors a été brièvement analysée dans le numéro du *Progrès médical* du 29 avril 1884. Il s'agit d'une affection des centres nerveux que l'on désigne tantôt sous le nom d'ataxie héréditaire, tantôt sous celui de maladie de Friedreich. Je préfère de beaucoup cette dernière dénomination, qui rappelle le nom du médecin auquel est due la première description de cette affection, j'aurai l'occasion de vous faire connaître, chemin faisant, les raisons qui, à mon avis, justifient cette préférence.

J'ai fait placer devant vous deux malades, qui vont servir à faire ressortir les ressemblances et les différences nosographiques sur lesquelles je me propose d'insister. L'un d'eux, le protagoniste, en d'autres termes celui qui, dans l'épisode qui va se dérouler devant vous, doit jouer le premier rôle, est ce petit garçon, nommé Paul, âgé de 20 ans, physiquement peu développé ou plutôt arrêté dans son développement (car ses membres inférieurs sont beaucoup trop courts, par rapport à la longueur des membres supérieurs) et chez lequel les premiers symptômes ont débuté vers l'âge de 10 ans; il présente, au plus haut degré, les caractères de la maladie de Friedreich ; c'est un véritable type dans l'espèce, un cas d'étude et bien propre à faire connaître les caractères spécifiques de l'affection. L'autre malade est aujourd'hui âgé de 30 ans et il est malade depuis dix ans. Le début a donc eu lieu, chez lui, dix ans plus tard que chez le premier.

Ce dernier, nommé T..., est bien constitué, bien proportionné, amaigri seulement sous l'influence de la maladie, et présentant un certain degré d'atrophie musculaire dans diverses parties du corps. Ce malade représente pour nous l'ataxie locomotrice classique, l'ataxie de Duchenne. C'est aussi, dans l'espèce, un type parfait, comme vous allez le reconnaître. Cependant, il y a en lui quelque chose de particulier, sinon de tout à fait anormal; en général, l'ataxie locomotrice progressive ne se développe pas avant l'âge de 25 à 30 ans; cependant il y a des exceptions à cette règle. Débutant quelquefois à l'âge de 20 ans, 21 ans, surtout chez les femmes, je puis même dire à 16 ans, sans cesser d'être l'ataxie véritable, la maladie qu'on peut, dans ces cas, nommer ataxie précoce, nous offre, dans un court espace de temps et en quelque sorte accumulés à haute dose, tous les symptômes que peut produire cette affection. Nous avons donc ici à accuser les différences qui séparent l'*ataxie juvénile*, *précoce*, de l'*ataxie infantile*, *ou maladie de Friedreich*.

Voyons d'abord les analogies les plus saisissantes. Si nous observons les mouvements volontaires des membres supérieurs, nous voyons, quoique la force dynamométrique ne soit pas notablement modifiée, une incoordination particulièrement marquée dans le mouvement de porter une cuiller à la bouche chez l'un et l'autre malade. Le petit Paul, pour prendre cette cuiller placée sur une table devant laquelle il est assis, laisse pendant quelques instants, planer sa main au-dessus d'elle, comme plane un oiseau de proie; il opère, pendant ce temps, des mouvements très exagérés d'extension préparatoire des doigts, puis sa main tout à coup fond sur l'objet et l'étreint à l'aide d'un mouvement de flexion exagérée. Puis, pour porter la cuiller à la bouche, le mouvement, si les yeux sont ouverts, s'effectue régulièrement ; si les yeux sont fermés, au contraire, la cuiller est portée à l'œil ou à l'oreille. C'est là l'incoordination motrice des membres supérieurs, mais portée à son plus haut degré. Ces phénomènes sont les mêmes, mais bien moins prononcés chez notre second malade.

Du côté des membres inférieurs, notons d'abord une résistance normale aux mouvements passifs provoqués, quand le malade fait effort pour s'y opposer. — La station debout est possible pour les deux malades, sans le secours d'un aide, mais les jambes restent plus écartées que dans l'état normal. — Les jambes étant rapprochées, au contraire, la station devient plus difficile, oscillante, mais elle est à peu près impossible, si les yeux sont fermés; l'un et l'autre malade sont alors menacés de tomber ; c'est ce qu'on appelle le signe de Romberg, attribut, mais non signe pathognomonique de l'ataxie locomotrice vulgaire.

Si je fais marcher maintenant T..., vous avez là devant les yeux la démarche de l'ataxique dont les caractères peuvent être bien mis en relief à l'aide de la méthode des empreintes qu'a mise à profit M. Gilles de la Tourette. Cette démarche rappelle certains pas militaires à la parade. La méthode des empreintes démontre ici que la longueur du pas est moindre que celle du pas normal; on dirait que le pas perd en longueur ce qu'il gagne en hauteur. Les pieds s'écartent de la ligne de marche, leur grand axe tend à devenir parallèle à cette ligne, le talon marque souvent deux fois sur le sol, à cause du peu de stabilité du sujet. — Ces caractères se retrouvent, à quelques différences près, chez notre protagoniste. A cette analogie de l'incoordination motrice dans les membres supérieurs et inférieurs, j'ajouterai l'absence du réflexe rotulien chez nos deux malades.

En présence de ces analogies, vous vous direz peut-être : à quoi bon multiplier les espèces ? Il n'y a là, chez le premier malade, rien autre chose qu'un cas d'ataxie locomotrice anormale seulement par ce point que la maladie s'est développée à l'âge de 10 ans.

Avant de vous en tenir à cette conclusion, je vous engage à attendre. Notre examen n'est pas complet. Considérons les phénomènes bulbaires, nous verrons les différences s'accuser profondément. Et tout d'abord permettez-moi de vous faire remarquer que T..., assis, est parfaitement immobile. Le petit P..., au contraire,

est dans un état d'agitation pour ainsi dire perpétuelle. Les membres sont animés de mouvements involontaires, lents, qui reproduisent assez bien ce que l'on voit dans l'athétose. La tête oscille d'un côté à l'autre ou tombe en avant, comme la tête d'un homme qui, étant assis sans appuyer sa tête, commence à s'endormir, suivant la comparaison de Friedreich. De temps en temps, on remarque une grimace des orbiculaires des lèvres et des paupières, un relèvement comme spasmodique du nez. Ces mouvements involontaires rappellent la chorée ou mieux l'athétose double, mais n'ont, en tout cas, aucun rapport avec l'ataxie vulgaire.

Si nous en venons maintenant à considérer les phénomènes bulbaires, nous constatons chez T... les symptômes habituels de l'ataxie locomotrice, la diplopie, le strabisme; autrefois la paupière supérieure gauche a été tombante. L'atrophie tabétique des nerfs optiques fait ici défaut, mais le signe d'Argyl Robertson est très prononcé. Ces phénomènes sont pour ainsi dire caractéristiques de l'ataxie, puisqu'elle ne les partage qu'avec la paralysie générale, sa proche parente. Chez P..., au contraire, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation, elles sont égales et j'ajouterai qu'il n'a existé ni diplopie, ni strabisme. Par contre, nous retrouvons chez lui un phénomène qui n'appartient qu'exceptionnellement à l'ataxie locomotrice; je ne l'ai constaté qu'une fois et encore je me demande s'il ne s'agissait pas, dans ce cas, de la maladie de Friedreich observée chez un sujet ayant atteint l'âge adulte? Ce phénomène est le nystagmus qui se constate ici, facilement; mais il faut y mettre cependant un peu d'attention, car il n'est pas extrêmement marqué. Or, vous le savez, ce symptôme appartient à la symptomatologie de la sclérose en plaques; notre jeune malade nous présente, de plus, un autre symptôme, appartenant à cette même série; je veux parler de l'embarras de la parole, de cette articulation lente et scandée, bien différente de celle de la paralysie générale. Cette lenteur d'articulation, cette scansion des mots forme un contraste frappant avec la parole nette de T...

Voilà donc chez notre jeune malade des symptômes dont les uns se rapportant au tabes, ce sont les symptômes d'incoordination des membres tandis que les autres appartiennent au type nosographique, sclérose en plaques, ce sont le nystagmus et l'embarras de la parole. L'hypothèse la plus simple étant celle à laquelle l'esprit doit s'attacher, provisoirement au moins, quelques-uns d'entre vous penseront qu'il y a là, tant au point de vue des symptômes qu'au point de vue des lésions, combinaison du tabes avec la sclérose en plaques; en un mot, qu'il y a ici sclérose des cordons spinaux postérieurs et plaques de sclérose disséminée, notamment sur le bulbe.

D'autres songeront à une sclérose en plaques, anormale en raison d'une localisation particulière des plaques scléreuses. Vous savez que des plaques occupant les cordons postérieurs peuvent donner naissance à des symptômes tabétiques, tels que douleurs fulgurantes, incoordination motrice, signe de Romberg, se combinant avec les symptômes de la sclérose en plaques vulgaires, tremblement des membres supérieurs, nystagmus, embarras scandé de la parole.

Cependant, Messieurs, il ne s'agit ici ni de l'ataxie locomotrice, ni de la sclérose en plaques, ni de la combinaison chez un même sujet de ces deux maladies. Cette combinaison, tout d'abord, est encore un mythe, et l'on ignore à quels symptômes elle pourrait donner lieu.

En second lieu, l'hypothèse d'une sclérose en plaques localisée aux cordons spinaux postérieurs est plausible et légitimée par un certain nombre de faits. Mais cette forme fruste ne se présente pas avec les caractères que nous trouvons ici. On n'y trouve le nystagmus ni la scansion des mots.

En un mot, la maladie de Friedreich, sans être l'ataxie locomotrice, ni la sclérose en plaques, ni une combinaison de ces deux affections emprunte, à la première, l'incoordination motrice des membres et l'absence de réflexes rotuliens; à la seconde, le nystagmus et l'embarras de la parole. Mais elle diffère à la fois de l'une et de l'autre, par tous les autres symptômes, par l'étiologie, le mode d'évolution, le pronostic et aussi comme on le dira mieux par l'anatomie pathologique. C'est donc une espèce morbide autonome, et il s'agit maintenant pour le prouver, après avoir accusé les ressemblances, de faire ressortir les différences.

Passons d'abord en revue les différences symptomatiques qui séparent la maladie de Friedreich de l'ataxie vulgaire. Chez notre petit malade, tout d'abord nous remarquons une démarche spéciale qui tient à la fois de la démarche tabétique, sorte de marche de parade, et de la démarche titubante, ébrieuse de la sclérose en plaques. J'insisterai surtout sur l'absence des troubles de la sensibilité qui jouent dans l'ataxie un rôle si important. Les douleurs fulgurantes, les hypéresthésies et les anesthésies font complètement défaut dans les observations légitimes relatives à la maladie de Friedreich. Je ne reviendrai pas sur les symptômes bulbaires si différents dans l'une et l'autre affection. J'ajouterai que jamais jusqu'à ce jour, autant que je sache, l'atrophie des nerfs optiques n'a été observée dans l'ataxie de Friedreich.

Un 3e groupe comprend les symptômes viscéraux, savoir les crises laryngées gastriques, néphrétiques. Notre malade F... nous présente des exemples des deux premières, aucune d'elles ne se voit dans la maladie de Friedreich.

Dans un 4e groupe se rangent les troubles trophiques: 1° Atrophies musculaires. 2° Lésions osseuses et articulaires (fractures et arthropathies. 3° Lésions cutanées (zona, chute des ongles, chute des dents, mal perforant). Notre malade T... nous offre de l'atrophie musculaire des extrémités supérieures; des arthropathies sous forme de pied tabétique, consistant dans une tuméfaction osseuse faisant saillie sur le bord interne du pied, en rapport avec une série d'arthrites tarsiennes avec écrasement des os du tarse; enfin les troubles trophiques cutanés sont représentés par un mal perforant siégeant au pied droit. Aucun de ces symptômes ne se retrouve chez notre second malade, et vous voyez qu'après avoir constaté des analogies sur certains points, nous ne rencontrons plus que des différences sur tous les autres.

Le contraste va s'accuser encore si nous comparons la sclérose en plaques et la maladie de Friedreich. Leurs points de rapprochement sont le nystagmus et l'embarras de la parole; mais, dans la seconde de ces affections, nous ne trouvons ni vertiges, ni attaques épileptiformes, ni atrophie blanche, ni névrite optique. Quant à l'instabilité choréiforme qui pourrait rappeler le tremblement de la sclérose en plaques, elle ne cesse pas au repos, et, de plus, elle est rhythmée et non saccadée.

Pour ce qui est maintenant des troubles moteurs des membres supérieurs, nous trouvons dans la maladie de Friedreich l'incoordination motrice des ataxiques, et non

ce tremblement intentionel sur lequel la vue n'a aucune influence. Pour les membres inférieurs, nous avons l'absence de réflexes rotuliens, le signe de Romberg, la démarche ataxique, contrastant avec l'exagération des réflexes, et autres symptômes de paraplégie spasmodique qui s'observent dans la sclérose en plaques, et enfin la démarche qui est titubante, ébrieuse, non tabétique, et dont les défauts ne s'exagèrent pas par l'occlusion des yeux.

Ces différences qui séparent la maladie de Friedreich de l'ataxie locomotrice d'une part, de la sclérose en plaques d'autre part, au point de vue des symptômes, se retrouvent sur le terrain de l'étiologie de l'évolution, du pronostic et enfin de l'anatomie pathologique. C'est ce que je me propose de vous démontrer au commencement de la prochaine leçon.

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — **M. J. SIMON.**

Diagnostic, pronostic et traitement de la diphthérie ;

Leçon recueillie par MM. les Drs CARRON, ancien interne des hôpitaux, et MERCIER, médecin-consultant à Bourbonne-les-Bains, et revue par M. SIMON.

SOMMAIRE. — *Diagnostic et pronostic* : Difficultés et causes d'erreur dans le diagnostic de la diphthérie. Réserves nécessaires. Signes de la dipthérie *localisée, infectieuse ou toxique.* Pronostic de chacune d'elles.

Traitement de la diphthérie : pas de spécifique. — Traitements à éviter.— Traitement de l'angine diphthérique : *badigeonnages, irrigations, gargarismes.* Traitement interne, perchlorure de fer, copahu, cubèbe. Importance du traitement hygiénique. — Appréciation de la méthode de Delthil. Traitement du croup. Trachéotomie. Indications et contre-indications. Chances de succès. Manuels opératoires. Trois méthodes. Procédé lent. Procédé rapide (de Saint-Germain). Procédé *de l'index gauche.* Description de l'opération. Soins consécutifs. Alimentation forcée.

Messieurs,

I. *Diagnostic et pronostic de la diphthérie.* — Le *diagnostic* de la diphthérie, si simple en apparence, est quelquefois des plus difficiles. Autant il est aisé de reconnaître son existence, lorsqu'il y a une fausse membrane évidente, complètement développée et présentant tous ses caractères bien connus de coloration, de consistance et d'adhérence, autant le médecin le plus expérimenté est embarrassé quand il se trouve en présence de l'affection tout à fait à son début, comme c'est toujours le cas dans la clientèle de ville. C'est alors que, passant en revue toutes les productions blanchâtres qui peuvent simuler la couenne diphthérique : les produits pultacés et herpétiques, le muguet, il reste indécis et se trouve parfois dans l'impossibilité de se prononcer. Je veux vous tenir en garde contre cette hésitation et contre les erreurs auxquelles elle peut aboutir, vous prévenir de la possibilité de ces erreurs et vous indiquer comment vous pourrez les éviter dans la majorité des cas.

Vous êtes peut-être surpris de cette assertion, et vous pourriez croire que j'exagère à plaisir la difficulté ; aussi je veux vous prouver de suite la véracité de mon dire en vous citant des faits que j'ai observés dans ma clientèle et qui frapperont davantage votre esprit.

Une jeune femme est prise le vendredi soir d'un léger mal de gorge dont elle ne se tourmente pas, étant sujette à de fréquentes amygdalites, sous l'influence du moindre refroidissement. Elle est examinée le lendemain par un médecin des plus distingués, qui, connaissant la prédisposition de sa cliente aux angines simples et ne trouvant rien de plus dans la gorge que les autres fois, déclare qu'il s'agit d'une nouvelle amygdalite qui sera aussi bénigne que les précédentes. D'ailleurs cette dame était à la campagne dans des conditions d'hygiène et de bien-être excellents et tout semblait devoir éloigner l'idée de la diphthérie. C'est bien ce que pensa le médecin qui, trouvant le cas si léger, déclara qu'il ne reviendrait que le lundi (nous étions au samedi), à moins qu'on ne le demandât de nouveau. Le lendemain soir (dimanche), il est appelé en toute hâte, non pas par cette malade qui souffrait peu, mais par sa mère qui avait pris peur en voyant « des peaux » dans la gorge de sa fille. Grande fut la stupéfaction de mon confrère en constatant une angine couenneuse avec fausses membranes diphthériques indubitables et ganglions volumineux. Je vis la malade le jour suivant (c'était le lundi) ; Il s'agissait bien d'une diphthérie et même d'une diphthérie à forme grave que je jugeai dans mon for intérieur, devoir aboutir à une issue fatale à bref délai. Mon pronostic ne fut que trop vrai : la malade mourait le lendemain, le mardi. Ainsi, en quatre jours, avait évolué une diphthérie toxique dont le diagnostic avait été impossible le premier jour.

Récemment, j'étais appelé un mercredi auprès d'une petite fille qui présentait, sur chaque amygdale, un ou deux petits points blanchâtres, sans caractères spéciaux et sur la nature desquels il me fut impossible de me prononcer. Le jeudi, les amygdales et le voile du palais étaient recouverts de plaques opalines, adhérentes, nettement diphthériques.

C'est surtout lorsque la diphthérie reste localisée et ne se manifeste que par une lésion de peu d'étendue que le diagnostic en est difficile. Un cas récent de diphthérie des lèvres vient encore de nous en fournir la preuve.

Un petit garçon avait sur la lèvre inférieure un léger dépôt d'apparence couenneuse, mais comme il était sujet à des ulcérations impétigineuses et à des gerçures de la muqueuse labiale, et comme, d'autre part, il ne présentait rien de semblable dans la bouche ni dans la gorge, je laissai mon diagnostic en suspens. Quelques jours après, survint une angine à plaques blanches assez sérieuse qui me démontra qu'il s'agissait bien de produits diphthériques. La mère de l'enfant, un ami de la maison et un domestique furent contaminés par ce petit malade, dont l'affection ne pouvait être reconnue avec précision dès les premiers jours.

En 1883, une infirmière de mon service a présenté également sur la lèvre inférieure une petite plaque, dont la nature diphthérique ne fut démontrée que par une angine consécutive, et par la paralysie du voile du palais qui la suivit.

Quand la diphthérie est localisée au nez, elle siège soit à l'entrée de l'orifice nasal, soit sous les cornets et le diagnostic reste longtemps des plus incertains, car il y a peu d'enfants qui ne soient entachés plus ou moins de scrofule ou de lymphatisme et qui ne présentent, de par ce fait, ou du coryza ou de petites ulcérations impétigineuses autour des narines. C'est au niveau de ces petites plaies ouvertes que la diphthérie apparaît ordinairement et on ne peut, dès le début, savoir s'il s'agit de fausses membranes diphthériques ou seulement de ces produits grisâtres si fréquents à la surface des ulcères atones chez les strumeux.

D'autres fois, la couenne a été complètement méconnue : un enfant a été soigné pour une angine inflamma-

toire qui a paru des plus simples et on est tout étonné, quelques jours après sa guérison, de voir que le petit malade rejette les aliments par le nez, qu'il a la voix nasonnée, qu'il a, en un mot, le voile du palais paralysé. Alors se pose un diagnostic rétrospectif des plus délicats. S'agit-il d'une angine diphthérique, qui a passé inaperçue, comme cela semble probable, ou d'un de ces cas très rares signalés par Gubler, dans lesquels une angine inflammatoire simple est suivie de paralysie?

De même, à la suite d'une angine qui a semblé franchement inflammatoire, survient de l'albuminerie. Un nouveau problème se pose : cette angine a-t-elle été diphthérique ou scarlatineuse? Je pourrais vous citer des observations récentes de notre service dans lesquelles ce doute s'est présenté.

Il me serait facile de multiplier ces exemples, mais je crois que ceux que je vous ai cités suffisent pour vous montrer combien est obscur parfois le diagnostic de la diphthérie et quelles erreurs graves on peut commettre à ce propos. Et cependant je ne vous ai parlé que des cas où cette affection s'étant manifestée sur des muqueuses extérieures visibles, vous pouviez toujours voir, quelquefois saisir la fausse membrane ou les produits supposés tels. Quand il s'agit de reconnaître des croups d'emblée, des croups sans angine couenneuse concomitante, la difficulté est beaucoup plus grande. Les cas en sont très rares, il est vrai, dans la clientèle de la ville, mais ils le sont moins à l'hôpital. J'avais dans ma salle, il y a quelques jours, une petite fille qui, dans le cours de la rougeole, a eu ainsi un croup d'emblée dont les signes ne différaient pas de ceux fournis par la laryngite interne qu'on observe quelquefois dans cette fièvre éruptive; le diagnostic n'a été fait et la nature de la laryngite reconnue que quand la couenne est apparue dans la gorge.

Ceci admis, permettez-moi de vous rappeler les signes qui pourront vous servir à établir ce diagnostic. Les trois divisions de Trousseau méritent d'être conservées ; elles répondent à trois types cliniques bien définis. La diphthérie peut être : *localisée, infectieuse* ou *toxique*. Voyons quels sont les éléments du diagnostic dans chacun de ces cas.

Quand la diphthérie est locale, on peut dire que le diagnostic est ou très facile ou très difficile. Si la couenne est formée complètement, si elle présente des caractères aisés à reconnaître : une surface veloutée, une autre rugueuse, recouverte d'aspérités ; l'élasticité, la conservation de l'aspect membraneux après projection dans l'eau, etc. ; alors l'erreur est impossible et ce n'est pas de ces cas vulgaires dont je veux vous parler. Je veux parler de ceux où il n'existe qu'un ou deux petits points blancs, pouvant se présenter sous les formes les plus diverses : de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'une gouttelette, d'un filament ténu ; c'est alors que la difficulté du diagnostic est extrême et que vous pourrez facilement confondre l'angine diphthérique avec le muguet, avec les produits pultacés ou herpétiques.

Je sais les caractères relevés par les ouvrages classiques : dans l'angine pultacée, le dépôt blanc a l'aspect d'un enduit crémeux, légèrement bombé, peu adhérent ; que dans l'angine herpétique, le produit formé par la réunion des vésicules ulcérées, présente un bord festonné ; tandis que dans la diphthérie il y a des plaques déprimées, très adhérentes et s'accompagnant toujours d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Ce serait une grosse erreur de croire que les choses se passent toujours ainsi : en clinique, il en est tout autrement. Sachez bien que vous verrez des angines diphthériques se présenter avec les caractères des angines inflammatoires pultacées ou d'autres angines encore plus bénignes, et que les malades n'en seront pas moins exposés à la diphthérie, avec toutes ses complications et ses conséquences. L'erreur sera d'autant plus facile que vous pourriez même observer, pour tous symptômes, de la douleur et une rougeur intense qui sont plutôt le fait de l'angine inflammatoire que de l'angine diphthéritique, mais le plus souvent le tableau sera celui de l'angine pultacée.

Aussi ne vous hâtez pas de faire un diagnostic dès la première heure. Soyez toujours réservés, les conditions générales fussent-elles les meilleures au point de vue de la contagion et de l'hygiène. Rappelez-vous l'histoire de cette jeune femme qui mourut en quatre jours d'une angine toxique et chez laquelle, le premier jour, le médecin avait affirmé une angine pultacée. Pour ne pas vous exposer à de pareils mécomptes, dites nettement à la famille qu'il vous est impossible de faire un diagnostic avant un nouvel examen. Revenez dans la soirée (je suppose que vous avez fait votre première visite dans la matinée) et si vous constatez une petite pellicule blanchâtre, qui, partie du premier point malade, s'étende, comme une toile d'araignée, de manière à aller se rattacher à l'autre côté de la gorge, si surtout *le voile du palais est atteint*, alors n'hésitez plus, affirmez la diphthérie.

Je ne saurais trop insister sur la valeur diagnostique de la présence d'*une petite tache blanche sur la luette ou sur le voile du palais*. Quand, dans une angine à points blancs, vous observerez, soit sur le voile du palais, un point blanc, adhérent, légèrement étalé, soit sur le pilier antérieur, une traînée blanchâtre, si étroite et si courte qu'elle soit, ou bien sur la luette, un produit blanc qui tende à lui faire un tiers ou un quart de capuchon, alors le diagnostic est certain : *c'est de la diphthérie*. Le muguet confluent seul peut envahir ces mêmes régions mais alors dans des conditions si spéciales que le doute ne saurait persister bien longtemps. Si, au contraire, le voile du palais, les piliers et la luette sont indemnes, le diagnostic ne peut être fait judicieusement d'une façon précipitée ; il faut attendre la plaque, à moins que des conditions générales, telles que l'existence d'une épidémie actuelle, la possibilité d'une contagion, ne fassent pencher la balance.

La diphthérie localisée est difficile à reconnaître non pas seulement à cause de l'aspect qu'elle présente, mais encore à cause des sièges qu'elle occupe quelquefois, quand elle se montre ailleurs que dans la gorge, qui est presque toujours son lieu d'élection. C'est à l'orifice du nez, à la surface d'une plaie ou d'un vésicatoire, sur la vulve, à la partie postérieure de l'oreille, sur les lèvres que vous verrez apparaître ces dépôts gris blanchâtres dont vous serez fort embarrassés de préciser la nature. Vous devrez toujours penser à la diphthérie, mais vous devrez attendre l'évolution de la maladie avant de vous prononcer définitivement. Au nez, à l'oreille, aux lèvres, la couenne diphthérique se montre sur les ulcérations soit herpétiques, soit impétigineuses que les enfants présentent si souvent. Quand, en pareille circonstance, vous verrez la surface ulcérée se recouvrir de produits grisâtres mal définis, tenez-vous sur la réserve, n'affirmez pas la diphthérie, mais instituez cependant le traitement de cette dernière. Il en est de même pour les couennes fibrineuses qu'on observe parfois à la surface des plaies et des vésicatoires,

et qui prennent une coloration grise toute spéciale. Est-ce ou n'est-ce pas de la diphthérie? Il est certain que les unes sont diphthériques et que les autres ne le sont pas; mais, cliniquement, elles n'offrent aucun signe différentiel et le diagnostic est presque impossible; aussi devra-t-on agir comme si elles étaient démontrées d'origine diphthérique. En voulez-vous un exemple? Un jeune homme de quatorze ans est opéré d'un phimosis dans un grand hôpital de Paris. Il en sort avec une plaie non cicatrisée recouverte d'une plaque grise. Deux jours après je fus appelé à constater chez lui une angine couenneuse, infectieuse, qui l'enlevait au huitième jour.

La diphthérie est aisément reconnue quand elle revêt l'une des formes graves (infectieuse ou toxique), mais, dans ce cas, il ne suffit pas de diagnostiquer l'existence de la diphthérie, il faut encore savoir quelle est sa forme.

L'*angine infectieuse* se manifeste par des symptômes locaux et généraux d'une grande intensité. Les fausses membranes s'étendent rapidement et tapissent bientôt toute la gorge dans l'espace de quelques jours, quelquefois de quelques heures; brunâtres et sanguinolentes, elles se putréfient sur place et exhalent une odeur fétide caractéristique qu'elles communiquent à l'haleine; la douleur est beaucoup plus vive qu'on ne le dit généralement; les ganglions sont volumineux et le tissu cellulaire voisin est très œdématié. Le cou, ainsi notablement augmenté de volume, se continue directement avec la face et présente cet aspect qui n'est pas rare dans les monuments figurés de l'époque romaine que mon ami M. de Saint-Germain a désigné sous le nom de: *cou proconsulaire*.

L'état général trahit l'empoisonnement de l'organisme: par la somnolence, le brisement des forces, l'insomnie résultant souvent de la douleur qui présente des paroxysmes nocturnes. La mort a lieu par généralisation de la diphthérie, quelquefois très rapidement. Inutile d'insister, vous ne voyez que trop souvent des cas semblables dans cet hôpital.

Dans la *diphthérie toxique*, l'état général domine la scène et parait souvent hors de proportion avec l'état local. La face est pâle, la joue est luisante et froide, le teint plombé; les couennes grises ou brunâtres sont d'une fétidité extrême; la prostration des forces est complète; la température s'abaisse, le pouls se ralentit, les extrémités se refroidissent et la mort survient toujours au bout de deux ou trois jours.

Dans le cours de certaines maladies infectieuses, telles que la scarlatine et la fièvre typhoïde, on voit se développer parfois des angines, tantôt de nature diphthérique, tantôt simulant la diphthérie. Le diagnostic est alors des plus difficiles; l'absence de dépôt blanc sur le voile du palais et sur le pharynx, sa localisation exacte de ce dépôt sur les amygdales seront en faveur d'une angine non diphthérique; diphthéroïde, comme disait Lasègue; mais, il faut bien le dire, ce ne sont là que des signes de probabilité, car la diphthérie peut rester ainsi localisée et la marche seule de la maladie permettra le plus souvent de faire le diagnostic.

Le diagnostic du croup est facile quand on voit ses différents symptômes (toux rauque d'abord, voilée ensuite, sifflement laryngo-trachéal, tirage, etc.) apparaître à la suite d'une angine dont la nature diphthérique a été reconnue. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit d'un croup d'emblée, ce qui est, je le répète, un cas des plus rares; alors l'erreur est possible et une confusion peut s'établir, soit avec la laryngite inflammatoire intense, qui se rencontre quelquefois dans la rougeole, soit avec la laryngite striduleuse (faux croup). Le faux croup présente cependant une physionomie bien distincte de celle du croup. Il débute brusquement au milieu d'une santé parfaite; l'enfant a bien dîné la veille et s'est couché bien portant; tout à coup, au milieu de la nuit, il se réveille en sursaut, en proie à une oppression extrême; la toux est rauque, la voix voilée, la frayeur et l'anxiété du petit patient sont à leur comble. Puis, au bout d'un quart d'heure, le calme revient, tout rentre dans l'ordre, et l'on constate que la gorge est indemne. L'enfant se rendort et tout est fini.

Il vint un matin à Necker, à la consultation de Bouley, dont j'étais l'interne, un jeune garçon présentant tous les symptômes d'une laryngite intense, chez lequel la voix était même éteinte, qui fut admis comme atteint de croup; l'asphyxie allait croissant et je me constituai de garde près de lui pour le trachéotomiser, dès que l'opération deviendrait nécessaire. Cet état dura jusqu'à cinq heures du soir; à ce moment les accidents cessèrent brusquement et ne reparurent plus. Il s'agissait d'un faux croup. C'est assez vous dire que cette affection peut prendre parfois des allures qui simulent, mieux qu'on ne le pense généralement, le croup vrai.

Le *pronostic* de la diphthérie est toujours des plus sérieux; il faut cependant tenir compte de sa forme, des complications qui peuvent ne pas se produire et de l'âge du sujet.

La diphthérie locale est évidemment la forme la moins grave. La guérison a lieu en moyenne dans la moitié des cas. C'est ordinairement du troisième au neuvième jour que le croup se déclare quand la couenne s'étend. Si le neuvième jour se passe sans troubles laryngés, il y a de grandes chances pour qu'il n'y ait pas de croup. C'est en se basant sur ces deux points principaux que vous devrez régler votre conduite vis-à-vis des parents; mais vous resterez toujours sur la réserve par rapport aux affirmations rassurantes en songeant qu'une angine qui semble bénigne aujourd'hui peut être infectieuse demain et que le croup apparaît parfois le dixième ou même le douzième jour seulement.

J'ai observé récemment un cas de ce genre: je soignais une jeune enfant pour une angine diphthérique, tout à fait locale. Elle était arrivée au douzième jour; tout faisait présager une issue heureuse et je me plaisais à éloigner l'idée d'un croup possible. Le soir même, ma petite malade avait la voix rauque, la respiration sifflante, et trois jours après (le 15e jour de la maladie), elle était trachéotomisée; elle a heureusement guéri.

Vous devrez aussi être prévenus des allures trompeuses que peut prendre la maladie; je veux vous parler de ces cas où la diphthérie, après être restée localisée et avoir, pour ainsi dire, guéri, au bout de huit à neuf jours, renaît le dixième ou le douzième jour et se généralise. Au commencement de cette année, j'ai été témoin d'un cas semblable: une petite fille de cinq ans avait été opérée de la trachéotomie le huitième jour; à ce moment, l'angine était presque totalement guérie et l'état général assez satisfaisant. Le lendemain, les fausses membranes se montraient de nouveau sur le voile du palais, envahissaient bientôt toute la gorge, et l'enfant succombait deux jours après l'opération.

La diphthérie infectieuse guérit une fois sur dix. La diphthérie toxique est toujours ou presque toujours mortelle. Vous pourrez avoir, même de ce côté, des

surprises heureuses, et je les désire bien pour vous. Vous verrez guérir, malheureusement bien rarement, des enfants chez lesquels tout portait à prévoir à une mort prochaine. C'est ainsi que j'ai eu, au mois de juillet dernier, des cas de guérison inespérés et que je ne puis mettre que sur le compte de ce qu'on appelle : une bonne série. Ce sont de heureux hasards dont il ne faut pas tenir trop de compte d'une façon générale. L'albuminurie n'aggrave le pronostic que quand elle est très abondante et très persistante. Il n'en est pas de même des complications pulmonaires qui sont des plus redoutables.

L'âge a une grande influence : au-dessous d'un an, la mort est la règle ; de un à trois ans, les chances de guérison sont encore bien faibles ; à partir de trois à quatre ans, elles deviennent meilleures et augmentent avec l'âge jusqu'à sept et huit ans.

Il y a un point capital qui domine tout le pronostic : c'est le plus ou moins de résistance que l'enfant oppose à l'alimentation. S'il prend de la nourriture volontiers et en quantité suffisante, cela est du meilleur augure : un diphthérique qui s'alimente abondamment a de grandes chances de guérir et la réciproque est également vraie. (*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE

De l'action des fibres obliques de l'estomac ;

Par le Dr **Alexandre PARIS**, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

On prétend généralement que les fibres obliques de la tunique musculaire ont pour mission de diviser, pendant les repas, au moment de l'ingestion de liquides, l'estomac en deux poches superposées, l'inférieure plus spécialement destinée aux aliments solides, la supérieure devant recevoir les liquides et les conduire directement du cardia au pylore, de l'œsophage au duodénum. Rien n'est démontré dans cette hypothèse qui, à notre avis, a précisément contre elle la disposition des fibres de la tunique musculaire.

Un muscle courbe, en arc de cercle, tend à devenir rectiligne lorsqu'il se contracte, si ses deux extrémités sont fixes et son ventre libre ; si c'est le ventre qui est fixe, les deux extrémités tendent à s'en rapprocher. Eh bien, pourquoi les fibres obliques qui tapissent la face interne de la couche musculeuse de l'estomac ne suivraient-elles pas cette loi ? Leurs terminaisons ont leur point fixe dans la paroi stomacale maintenue relativement résistante par la masse des aliments solides ; qu'une contraction se produise, la masse alimentaire suffira pour opposer un obstacle puissant au rapprochement d'extrémités aussi frêles que le sont celles de ces fibres qui, du reste, ne sont ni assez nombreuses, ni assez fortes pour contrebalancer l'action des fibres circulaires qui donnent parfois à la poche stomacale une forme presque cylindrique. — Ces fibres obliques trouvent un point d'appui sérieux au-dessus de la grande courbure de l'estomac, à gauche du cardia : elles sont coupées en deux par ce point résistant ; leur contraction aura donc pour effet de rapprocher leurs extrémités de ce point. Cette action entraînera les fibres circulaires les unes contre les autres, de droite à gauche, et augmentera la puissance du manchon musculaire précisément au niveau de la portion la plus vaste de l'estomac, de celle où la pression exercée sur les aliments serait relativement faible sans cet aide, ce qui pourrait occasionner un reflux de la masse vers le grand cul-de-sac. Mais aussi cette traction, exercée de droite à gauche sur la moitié droite inférieure des parois antérieure et postérieure de l'estomac, amène un peu à gauche, c'est-à-dire vers le cardia, le segment inférieur du pylore, le segment supérieur y étant attiré par les fibres longitudinales, très rares au voisinage de la grande courbure, très nombreuses et très serrées sur la petite. Il en résulte que le duodénum vient pour ainsi dire au devant des aliments, que le pylore doublement pressenti s'ouvre plus facilement et que les aliments sont poussés d'autant plus sûrement du côté de l'intestin que la puissance musculaire du grand cul-de-sac est augmentée par l'agglomération de fibres circulaires produite par la contraction des fibres obliques.

S'il nous fallait des preuves cliniques, nous les trouverions dans la dilatation de l'estomac des buveurs, dans l'illogisme qu'il y aurait, dans beaucoup de cas, à prescrire, aux repas, des eaux minérales, des eaux alcalines par exemple, afin de modifier le suc gastrique, si ces liquides ne devaient pas s'arrêter dans l'estomac et se mélanger à ce suc, etc.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins de la Compagnie des Messageries maritimes.

Le *Concours médical*, au mois de janvier dernier (1), a publié deux lettres que lui ont adressées deux de ses correspondants à propos de la situation des médecins de la Compagnie des Messageries maritimes. Nous croyons utile de faire connaître à nos lecteurs, aux jeunes docteurs qui ont le goût des voyages et qui désireraient passer une année ou deux à visiter les pays étrangers, avant de se livrer à l'exercice de la médecine, les renseignements les plus importants fournis par les correspondants du *Concours médical*. Nous essayerons de faire ressortir quelles sont les conditions d'admission et quel est le rôle du médecin à bord ; nous examinerons ensuite, en nous basant sur quelques renseignements qui nous sont personnels, s'il n'y aurait pas de légères améliorations à apporter au mode de recrutement du personnel médical de la Compagnie des Messageries maritimes.

Voyons d'abord l'état actuel des choses. Lorsque l'on désire entrer comme médecin à bord des bateaux de la Compagnie des Messageries maritimes, il faut adresser une demande au directeur de l'Exploitation à Marseille, quai de la Joliette, nº 2. Pour que la demande soit accueillie, il faut, autant que possible, avoir de bonnes et vigoureuses recommandations et de plus remplir certaines conditions dont la première est celle-ci : être docteur en médecine ou officier de santé. Voilà peut-être une place qu'on devrait refuser aux officiers de santé ; mais nous verrons bientôt que, loin de vouloir éliminer les officiers de santé, la Compagnie accepte très souvent des étudiants en médecine et nous dirons pourquoi. En outre, il faut avoir 25 ans et un an d'exercice de la médecine ; mais nous venons de voir que tout cela ne signifie pas grand'chose, puisqu'on prend des étudiants en médecine. Un certificat de bonne vie et

(1) *Concours médical*, nº 3, 1887.

mœurs est exigé et on y tient à celui-là. Si votre demande est accueillie, le ministre du commerce vous adresse une commission de médecin sanitaire. Voilà pour les conditions d'admission.

Quels sont les avantages attachés à cette position? Il faut distinguer deux périodes : la période d'embarquement et la période pendant laquelle le médecin reste à terre sans être attaché à un bâtiment. Lorsqu'il n'est pas embarqué, il n'a aucun service à bord et ne touche que le traitement fixe sur lequel nous reviendrons bientôt; il n'est pas nourri. Mais en somme, il reste peu de temps à terre. S'il est affecté à un paquebot, il a droit, en plus du traitement fixe, à la nourriture à la table du commandant. Si dans un port on ne nourrit pas les officiers, le médecin doit aller prendre ses repas à terre et touche une indemnité de table pour toutes les journées où il ne mange pas à bord. Il a 3 fr. 50 par jour à Marseille, et il doit être docteur! On le voit, on a bien raison de rechercher des étudiants pour un tel service. Ceux-là au moins sont encore habitués aux repas à 1 fr. 50! — Le traitement varie avec les années de service et la ligne de paquebots à laquelle on est affecté. Sur les lignes de la Méditerranée il est de 2,400 francs par an au début, de 3,000 francs au bout de 5 ans de service; sur les lignes d'Amérique on a 266 fr. 66 par mois et au bout de 5 ans 316 fr. 66; sur les lignes de Chine, Indo-Chine et Australie, on a le même traitement au début que pour les lignes d'Amérique, mais au bout de 5 ans on vous octroie 400 francs par mois.— Le médecin n'a droit qu'à 15 jours de congé par an avec solde entière ou à un mois avec demi-solde. Cependant il y a des accommodements avec la Compagnie. Il doit passer au moins un an sur les lignes d'Indo-Chine et d'Amérique.

Voyons maintenant en quoi consistent les obligations du médecin des paquebots. Comme tous les officiers de marine, il est, par suite même de son embarquement et par suite des règlements de la Compagnie, obligé de partir sur n'importe quel navire, pour une destination quelconque, pour un temps très variable qui parfois peut être très long. Il n'a pas le loisir de choisir telle ou telle ligne de bateaux; c'est à peine s'il peut se permettre de demander, comme faveur spéciale, d'être envoyé dans un pays qu'il désire visiter. L'administration lui désigne un poste quelconque et il doit obéir, bon gré mal gré. Son service est le suivant : Il a à bord la direction de la pharmacie et doit faire tous les matins une visite au personnel du bateau, c'est-à-dire à tout l'équipage. De plus, il doit des soins absolument *gratuits* aux passagers malades. Quand le paquebot est sur le point de rentrer dans un port, il se fait conduire, avant l'entrée du navire, au bureau de la Santé, y dépose son rapport sur l'état sanitaire du bâtiment à l'heure actuelle (arraisonnement) et revient à bord ces formalités remplies. S'il y a ou s'il y a eu des maladies épidémiques sur son navire, le bureau de la Santé agit en conséquence.

Quoiqu'il jouisse à bord d'une certaine indépendance, qu'il ait les meilleures relations avec les officiers, le médecin peut être révoqué par l'Administration sur une simple plainte du capitaine du navire. Conclusion, sa situation n'est pas trop brillante : traitement fixe insuffisant, indemnité de nourriture dérisoire dans les ports, service fatiguant sur les lignes de Chine et d'Australie à cause des chaleurs de l'océan Indien. Souvent il tombe malade, sur ces lignes là surtout, et il doit alors reprendre un service dans la Méditerranée, c'est-à-dire ne plus recevoir que de faibles appointements, s'il veut recouvrer sa santé. Il est vrai que s'il verse à la caisse des Invalides de la marine une certaine somme, 3 0/0 tous les mois sur sa solde, il peut recevoir de l'Etat, après vingt-cinq ans de service à la mer, la magnifique retraite de 800 fr. par an, car la Compagnie ne donne pas de retraite à ses officiers, et n'oublions pas que la solde n'augmente pas après cinq ans de service. En thèse générale, les médecins ne profitent jamais du bénéfice des Invalides. Il est très rare en effet de voir l'un d'eux rester au service de la Compagnie pendant vingt-cinq ans. L'État bénéficie donc la plupart du temps des sommes versées dans ce but aux bureaux de la marine par la majorité des médecins de la Compagnie.

Ce tableau n'est certes pas fait pour encourager les jeunes médecins à se lancer dans une telle carrière; ce n'est pas là, et, dans de telles conditions, ce ne sera jamais une situation que celle de médecin des paquebots. Aussi l'Administration n'a-t-elle désormais à son service que des jeunes docteurs désirant voyager pendant quelques années. Ces jeunes gens abandonnent la plupart du temps leur poste de très bonne heure : les uns, après avoir fait quelques maigres économies et amassé le petit pécule nécessaire à leur installation comme médecin à la campagne; les autres, lorsqu'ils sont fatigués de faire toujours les mêmes voyages. Et les conditions de ces voyages sont si défectueuses qu'actuellement la compagnie manque de médecins. On comprend pourquoi. Ne voulant pas augmenter leur solde, n'ayant pas l'intention de les traiter avec tous les égards dus à leur titre, la compagnie préfère transgresser les règlements, avec l'approbation tacite des commissaires de la marine, et accepte, pour faire le service, des étudiants en médecine plus ou moins avancés dans leurs études. Elle les choisit d'après l'importance de leurs recommandations et s'occupe peu de leurs capacités médicales. Il n'y a rien là d'extraordinaire. La loi exige pourtant un docteur ou un officier de santé ; mais si en théorie les lois sont faites pour être mises en pratique, en pratique on tient peu compte de la loi.

Nous venons de dire que le recrutement de ce personnel médical était devenu difficile ; revenons sur ces faits. Inutile d'insister encore sur la modicité du traitement, sur l'impossibilité de trouver un médecin qui veuille faire de cet emploi une carrière, puisqu'il est impossible d'arriver à une position suffisamment rémunérée ; mais il est important de bien faire remarquer que le médecin de bord est placé sous la tutelle du chef d'exploitation de la compagnie. De droit il est donc assimilé, *s'il ne l'est pas en fait*, aux hommes de l'équipage. Aussi peut-on l'envoyer là où l'on veut, là où souvent il ne désire pas aller. On peut lui refuser la ligne qu'il demande : désirant visiter plutôt tel pays que tel autre et faire au cours de son voyage des recherches dans un lieu donné, il voudrait s'embarquer sur tel paquebot ; mais on le condamne à aller ailleurs.

Il nous semble qu'une pareille situation demande à être modifiée, si l'on veut avoir un personnel médical instruit, des docteurs en médecine, comme la loi l'exige. Plusieurs solutions se présentent: La Compagnie pourrait augmenter de beaucoup le traitement fixe et instituer une retraite raisonnable; de cette façon, la carrière de médecin des paquebots serait admissible. La Compagnie aurait des fonctionnaires qui passeraient leur vie à bord, comme les médecins de la marine de l'Etat. Il est peu probable, selon nous, qu'elle consente à cette augmentation. Il ne lui reste plus alors que la ressource de s'adresser à des médecins jeunes, venant de soutenir leur thèse, qui, avant leur établissement définitif, désirent voyager. Ces jeunes médecins ne seraient que pour quelques années sur les paquebots et seraient peu payés. Mais pour que le recrutement se fasse, dans ces conditions-là, il faut remanier quelques règlements d'ordre intérieur. Dans l'état actuel des choses, en effet, on ne peut trouver de docteurs pour faire ce service. Nous croyons que, si la Compagnie voulait faire les modifications ci-dessous, elle trouverait plus d'amateurs; la solution que nous allons donner nous parait la meilleure et la plus simple. Il faudrait soustraire le médecin à l'autorité du directeur de l'Exploitation, et, pour ce faire, le moyen le plus rationnel paraît être de le placer sous l'autorité du médecin sanitaire du port de Marseille. Ce dernier serait chargé du recrutement et fournirait à la Compagnie les médecins dont elle aurait besoin. Lorsqu'un paquebot serait en partance, il désignerait, pour le voyage de ce bâtiment, un médecin de bord en tenant compte des demandes adressées et de la ligne que préfère chaque médecin. De cette façon, ce dernier pourrait ne jamais être placé sur le même navire; il voyagerait successivement, suivant son désir, suivant ses goûts, suivant les travaux et les recherches qu'il voudrait entreprendre, sur les différentes lignes de la Compagnie. On établirait une sorte de roulement, si les demandes devenaient trop nombreuses. Il en résulterait pour le médecin de bord un double avantage. Il n'irait jamais deux ou plusieurs fois de suite dans les mêmes localités, à moins de le demander comme faveur spéciale; il pourrait se rendre là où il voudrait, et, de plus, il jouirait d'une indépendance que les médecins des paquebots n'ont pas actuellement. Grâce à l'attrait des voyages entrepris dans la direction souhaitée et dans de semblables conditions on trouverait facilement un personnel suffisant. Ce corps de médecins de passage n'exigerait pas des traitements très élevés; il suffirait de ne plus les mettre à la portion congrue dans les ports et à Marseille en particulier. La modification proposée n'étonnera personne si l'on veut bien se rappeler que les *agents des postes* ne relèvent pas du tout de l'Exploitation.

Si l'on voulait approuver et mettre en pratique la solution que nous proposons, tout le monde serait content. L'Administration serait débarrassée de tracasseries continuelles, la Compagnie aurait des médecins sérieux et zélés et cela à bon compte; d'autre part, ceux ci jouiraient d'une notable indépendance dont ils apprécient beaucoup la valeur.

A bon entendeur, avis. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. CHAUVEAU décrit, dans tous ses détails, la *méthode qu'il a employée pour déterminer l'activité spécifique des échanges intramusculaires* ou pour établir le coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail. Les expériences ont été faites sur le muscle releveur propre de la lèvre supérieure du cheval. M. Chauveau indique successivement le manuel opératoire qu'il a utilisé, le procédé qu'il a choisi pour déterminer le coefficient de l'irrigation sanguine, le coefficient de l'absorption d'oxygène et de l'exhalaison d'acide carbonique, et enfin le coefficient de l'absorption du sucre. Toutes ces recherches exigent la plus minutieuse précision.

M. J. RENAUT étudie *la formation cloisonnante du cartilage hyalin fœtal*. Il se demande si la substance de ce cartilage, qui parait amorphe, est, en réalité, figurée chez les vertébrés supérieurs, s'il existe au sein de cette substance des voies performées qu'on puisse rapporter à des canaux ou espaces du suc. A l'aide d'une nouvelle méthode qui consiste à suspendre dans une cloche humidifiée par des gouttelettes d'une solution osmique les fragments de cartilage, il a pu constater un certain nombre de faits qu'il résume ainsi: Il n'y a dans le cartilage fœtal ni fibres propres, ni canaux du suc, mais une substance différenciée au sein de la substance hyaline, et qui, disposée en formation cloisonnante, et, en outre, apte à emmagasiner ou à perdre l'eau avec une égale facilité, peut être considérée à ce titre comme un agent actif de la répartition rapide des sucs nutritifs au sein d'un tissu compact.

M. RAPHAEL DUBOIS continue ses intéressantes recherches sur la *formation de la lumière par les animaux*. Les radiations lumineuses naissent au sein même du tissu adipeux, dont le protoplasma subit un mouvement histologique intense. Cette histolyse s'accompagne de la formation de nombreuses granulations caractérisées par une structure, des réactions micro-chimiques et des propriétés physiques spéciales. Ces corpuscules, que M. Dubois désigne sous le nom de *vacuolides*, se comportent comme des particules de protoplasma à l'état ultime de division, susceptibles de garder une activité propre pendant un temps variable, suivant les conditions de milieu. La réaction qui engendre les radiations lumineuses au sein du protoplasma est, en tous points, comparable à celle qui transforme le glycogène en sucre dans le tissu hépatique, tout se passe, dans la matière protoplasmique photogène, comme si elle contenait un ferment soluble ou un ferment figuré. Toutes les conditions qui favorisent ou entravent l'activité des ferments favorisent ou entravent la réaction photogénique.

M. BOUCHARD est élu au second tour de scrutin, par 32 suffrages, membre de la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. PAUL BERT, décédé.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. VULPIAN, secrétaire perpétuel de l'Académie:

« Il faut en convenir, messieurs, le caractère de notre confrère ne nous fut pas tout d'abord suffisamment connu. Ce furent ses fonctions de secrétaire perpétuel qui le mirent en lumière. Jusque-là, ce confrère, si grave, si réservé, fuyant presque les occasions de se communiquer, ne nous avait laissé voir que la profondeur et l'étendue de sa science; mais ceux qui le connaissaient plus intimement ou qui avaient eu l'occasion de juger ce beau caractère ne s'y trompaient pas.

« On le vit bien samedi dernier. Tous les orateurs qui ont parlé sur cette tombe si prématurément ouverte, n'ont pu se défendre d'une grande émotion dès qu'ils ont eu à toucher à l'homme moral. En particulier, le confrère que la direction de ses beaux travaux a rendu souvent l'émule de M. Vulpian et qui a partagé avec lui l'honneur de porter dans la connaissance de ces maladies du système nerveux, naguère encore si obscures, une lumière comparable

à celle que Laënnec a su faire pour les maladies des poumons et du cœur, ce confrère, dis-je, ayant à rappeler de chers souvenirs de jeunesse et à retracer ses luttes loyales avec l'émule si généreux, chevaleresque même, qu'il avait toujours trouvé en M. Vulpian, éprouva une émotion qui alla jusqu'à l'extrême et remua profondément l'assemblée... »

Les discours prononcés aux obsèques de M. Vulpian, par M. Bertrand, au nom de l'Académie des sciences ; par M. Charcot, au nom de la section de médecine et chirurgie; par M. Brown-Séquard, au nom de la Société de Biologie, seront insérés dans les comptes rendus.

La séance publique est levée en signe de deuil.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 mai 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Dumontpallier remet une note de M. Maurel sur les microbes de la fièvre jaune. L'auteur les avait déjà observés en 1881 à la Guadeloupe, dans le sang des individus atteints de cette affection.

M. Judée expose que le système artériel du cœur est sous la dépendance de deux centres médullaires, l'un excito-moteur, l'autre phrénateur; il en conclut que les termes de vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs doivent désormais cesser d'être employés.

M. Brown-Séquard répond que ces centres sont à la fois excitateurs et phrénateurs.

M. Gley a étudié l'action d'un corps, l'Inée, qui sert aux indigènes de l'Afrique centrale à empoisonner leurs flèches. L'action de ce poison qui est un glucoside déjà nommé *strophantine*, porte surtout sur le muscle par l'intermédiaire de la moelle.

M. Babinski rapporte l'histoire de plusieurs tabétiques qui ont été suivis longtemps par M. le Pr Charcot, et chez lesquels la maladie s'est terminée par la guérison. Un de ces malades, après avoir souffert pendant plus de dix ans de douleurs fulgurantes atroces, qui pendant plusieurs années le mettaient deux à trois jours par semaine dans l'impossibilité absolue de se livrer à un travail quelconque, est aujourd'hui, depuis cinq ans environ, presque complètement guéri.

Chez un autre malade, le tabes s'est manifesté par des douleurs fulgurantes, des plaques d'anesthésie, de l'incoordination motrice, de l'incontinence des urines et des matières fécales. L'affection a été en s'accentuant pendant dix ans. Puis elle a rétrocédé petit à petit, et depuis quatre ans le malade est complètement guéri. La troisième observation est la plus intéressante, parce que l'examen anatomique a pu être pratiqué. Il s'agit d'une femme chez laquelle le tabes a été caractérisé par une atrophie grise des nerfs optiques, par des accès de douleurs fulgurantes, des crises gastriques et par l'abolition des réflexes tendineux. Il n'y a jamais eu d'incoordination motrice. M. Charcot a présenté plusieurs fois cette malade dans ses leçons comme un exemple de forme fruste de tabes. Les douleurs ont duré vingt-cinq ans, puis ont complétement disparu. La malade est morte d'une pneumonie adynamique cinq ans après la cessation des douleurs. L'autopsie suivie d'examen microscopique a décélé la présence dans la moelle des lésions les plus nettes de l'ataxie locomotrice. Si l'on met de côté la cécité qui a été permanente, on peut dire que le tabes s'est terminé ici par la guérison absolue.

M. Brown-Séquard dit que Westphall a donné la relation d'un ataxique guéri, chez lequel on trouva cependant une sclérose des cordons postérieurs. Ces faits viennent à l'appui de la théorie qu'il soutient depuis longtemps, à savoir que c'est en agissant à distance que les lésions des centres nerveux produisent leurs effets.

M. Chauveau. Quel traitement avaient suivi les malades de M. Babinski ?

M. Babinski. Dans deux cas, les malades allèrent à Lamalou, mais le traitement fut suivi d'une façon très insuffisante au moins par le deuxième malade. La troisième malade fut traitée par les pointes de feu sur la colonne vertébrale.

M. Beauregard parle de la *spermatogénèse chez les Insectes vésicants.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. le Président déclare une vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Damaschino, revendiquant, tant en son nom qu'au nom de M. Clado, la priorité de la découverte d'un microbe spécial dans la diarrhée verte des jeunes enfants.

Monsieur le Secrétaire Perpétuel,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie, au nom de M. Clado et au mien, une réclamation de priorité relativement à la découverte d'un microbe spécial dans la diarrhée des très jeunes enfants.

Dans la dernière séance académique, le 17 mai, M. Hayem a fait une intéressante communication sur le *traitement de la dyspepsie du premier âge et particulièrement de la diarrhée verte, et sur la nature microbienne de cette diarrhée.*

Des recherches de thérapeutique et de pathogénie que le savant professeur a poursuivies à l'hôpital St-Antoine, dans son service de la crèche, on peut tirer avec lui les conclusions suivantes ;

1° La diarrhée des nourrissons est une affection contagieuse, ce que prouvent son développement ultérieur à l'état épidémique et la disparition de ces épidémies, rien que par la désinfection des linges souillés par les déjections des petits malades.

2° Une expérimentation comparée des nombreux médicaments employés ordinairement contre cette maladie a démontré que l'acide lactique en est certainement le remède le plus efficace.

3° L'agent de contamination est un bacille particulier; c'est la matière qu'il produit qui donne aux selles leur coloration verte; c'est lui qui engendre et propage la maladie, et de même, dans les cas de guérison par l'emploi de l'acide lactique, M. Hayem croit pouvoir expliquer la cure par l'action destructive ou abortive des germes contagieux. En effet, M. Lesage, interne de M. Hayem, aurait constaté dans les selles des jeunes enfants diarrhéiques la présence, sous formes d'amas considérables, d'un microbe qu'il a cultivé sur de la gélatine peptonisée.

Qu'il nous soit permis de faire observer que la découverte du microbe, attribuée à M. Lesage, avait été faite par nous il y a plus de deux ans : le 6 décembre 1884 nous avons présenté, M. Clado et moi, à la Société de biologie (1), avec préparations microscopiques et micro-photographies à l'appui, un travail sur les microbes en batonnets de la diarrhée infantile. En voici le résumé :

Ces bacilles, de forme et de dimensions caractéristiques, constituent un important élément morphologique des selles dans cette maladie du premier âge; ils sont d'autant plus nombreux que l'affection est plus sévère : dans trois cas graves de diarrhée verte, ils se montraient dans les préparations microscopiques avec l'apparence des cultures à peu près pures. A l'état frais, ils sont animés de mouvements rapides qui semblent avoir pour centre la partie moyenne du microbe. Ces bacilles disparaissent à mesure que la maladie diminue d'intensité et que les selles perdent la teinte verte pour redevenir jaunâtres.

Quelle est la valeur clinique de notre découverte du microbe spécial à la diarrhée des enfants à la mamelle ? En voyant que, postérieurement à nos recherches, elle a été confirmée en Amérique et qu'elle l'est encore aujourd'hui par M. Lesage qui vient de redécouvrir le bacille intestinal ; en relisant dans le Bulletin de l'Académie le beau mémoire qu'elle a provoqué de la part de M. Hayem, nous nous laissons aller à la croyance que cette trouvaille microscopique n'est pas sans quelque valeur : la haute approbation et l'importance qui lui sont données par un observateur si compétent, ne justifient-elles pas, et même ne devaient-elles pas encourager notre réclamation de priorité?

M. Hayem reconnaît que MM. Damaschino et Clado ont fait, antérieurement à lui, des recherches sur le microbe de la diarrhée verte des jeunes enfants, mais sans poursuivre ces recherches. M. Lesage, au contraire, est parvenu à isoler ce bacille, à le cultiver, à l'étudier entièrement. M. Hayem se propose, du reste, de revenir prochainement sur cet important sujet.

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1884, VIIIe série, t. I, p. 676.

M. Terrillon fait une communication *à propos de quatre observations de salpingite et d'hémato-salpingite enlevées par la laparotomie et suivies de guérison.* Il existe une inflammation de la muqueuse des trompes. D'après les caractères cliniques et les lésions observées, cette inflammation semble avoir débuté du côté de la muqueuse utérine. Elle envahit la muqueuse de la trompe et de là déborde par le pavillon sur le péritoine voisin et l'ovaire. Une péritonite localisée dont on voit les traces évidentes existe à ce niveau. Ces lésions expliquant les douleurs avec accidents péritonéaux au début, les hémorrhagies de la muqueuse utérine et de celles des trompes dont la vascularité est augmentée, l'état de souffrance dans les régions des ovaires et dans le bas-ventre, enfin les troubles du système nerveux et du tube digestif qui caractérisent la maladie. Elles expliquent aussi la persistance des troubles fonctionnels, malgré les nombreux moyens employés pour les améliorer, et la nécessité d'une intervention chirurgicale, radicale, seule capable de guérir les malades.

Election d'un membre correspondant national (1re division), votants : 65. Majorité 33. M. Mauricet (de Vannes) est élu par 44 voix, contre M. Ossian-Bonnet (de Rio-de-Janeiro) 11 ; M. Riembault (de Saint-Etienne) 4 ; M. Gibert (du Havre) 3 ; M. Barallier (de Toulon) 1 ; bulletins nuls 2.

Election d'un deuxième membre correspondant national (1r division). Votants : 68. Majorité 35. M. Ossian-Bonnet est élu par 39 voix contre M. Gibert 21 ; Riembault 5 ; M. Basallier 3.

Election d'un membre correspondant national (2e division). Votants : 63. Majorité 32. M. Surmay (de Ham) est élu par 48 voix, contre M. de Closmadem (de Vannes) 10 voix ; M. Dezanneau (d'Angers) 3 ; M. Jonou (de Nantes) 1 ; M. Queirel (de Marseille) 1.

Election de deux membres correspondants étrangers. Première élection : Votants : 49. Majorité 25. M. Spencer Wells (de Londres) est élu par 36 voix ; contre M. Kosloff (de Saint-Pétersbourg) 11 voix ; M. Hamilton (de New-York) 1 ; bulletin blanc, 1.

Deuxième élection. Votants : 46. Majorité 24. M. Kosloff est élu par 46 voix.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Javal sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie. Sont classés : en première ligne, M. Riban ; en deuxième ligne, M. d'Arsonval ; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Albert Robin, Hanriot, Hardy et Pouchet.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 *novembre* 1886. — Présidence de M. Cornil.

18 *bis*. Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal ; par le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux.

(*Mémoire présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.*

Je n'ai pas l'intention de refaire en entier l'histoire *des kystes dermoïdes du plancher de la bouche*; ce serait rééditer un bon mémoire d'Ozenne sur ce sujet (1), et copier le très intéressant chapitre que M. le professeur Lannelongue a consacré à cette affection dans son récent *Traité des kystes congénitaux du cou* (2). Mais ayant eu l'occasion de recueillir, dans ces derniers temps, deux faits nouveaux, de kystes dermoïdes du plancher de la bouche, l'un personnel, l'autre qui m'a été amicalement communiqué par mon cher maître, le Dr Paul Reclus, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de mettre en relief les particularités qui m'avaient été fournies par ces deux cas, et de les rapprocher au point de vue du siège anatomique, des symptômes, et de la médecine opératoire des observations publiées jusqu'à ce jour.

Cette affection n'est pas absolument rare, puisque Ozenne en recueillait 21 cas en 1883, et le professeur Lannelongue 28 en 1886. Voici les deux nouvelles observations, à ajouter à cette nomenclature.

Obs. I. — (Communiquée par le Dr Paul Reclus). Garçon de 25 ans (août 1886) belle santé ; rien de bien particulier à noter dans ses antécédents. Il a toujours eu le cou un peu gros à sa partie supérieure ; la région sus-hyoïdienne était tendue et un peu saillante. Peu à peu la tuméfaction s'est accentuée, et lorsque le malade nous consulte voici ce que nous constatons : tumeur arrondie dans la région sus-hyoïdienne régulièrement distendue : cette tumeur est limitée en avant par la courbe du maxillaire et en bas par l'os hyoïde légèrement débordé. Lorsque le malade ouvre la bouche on voit la langue soulevée et appliquée contre la voûte palatine ; elle est ainsi refoulée par la tumeur sus-hyoïdienne qui fait saillie dans la bouche et soulève le plancher ; la pression exercée sur la saillie intra-buccale se transmet intégralement au doigt placé sur la saillie sus-hyoïdienne. Il s'agit évidemment d'une tumeur liquide d'origine congénitale et qui s'est surtout accrue à partir de l'âge de 20 ans. Diagnostic : kyste dermoïde, vérifié par une ponction exploratrice qui donne issue à une substance butyreuse.

Incision sur la ligne médiane, de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde, division de la peau, du tissu cellulaire ; écartement des muscles ; la tumeur à paroi blanche, épaisse, résistante est saisie ; ponction ; issue d'une certaine quantité de substance butyreuse ; pince à forcipressure pour oblitérer l'ouverture et conserver un certain volume à la tumeur que l'on attire et que l'on détache des parties adjacentes ; l'énucléation est assez facile, sauf au niveau de l'os hyoïde, à la face postérieure duquel elle adhère ; section d'un pédicule ; drain, suturé au crin de Florence. Guérison rapide.

Obs. II. (*Personnelle*). — Mlle Anne C..., âgée de 24 ans, présente depuis sa naissance, une grosseur qui fait saillie dans la bouche, et sous le menton : la mère nous raconte que dans les premiers jours de l'existence de sa fille, elle a remarqué cette tuméfaction : « elle a toujours eu, dit-elle, un double menton.... » Le volume de cette tumeur s'est accru peu à peu, mais c'est surtout depuis 2 ans qu'elle a pris des proportions notables, et qu'elle est devenue gênante.

Voici l'ensemble des troubles fonctionnels présentés par la malade : gêne de la déglutition, qui est *longue à se faire, hésitante,* puisque *très souvent* Mlle A..., *avale de travers.* Nausées qui surviennent très facilement au moment de la toux. « Je sens là, dans ma gorge, quelque chose de gros, dit la malade ; cela me gêne encore pour parler ; ma langue se renverse, cloche au moment de l'émission des sons, et je suis souvent gênée, pour respirer, lorsque je suis couchée ».

Tel est l'ensemble des troubles fonctionnels. L'examen local révèle une *déformation de la région sus-hyoïdienne*, et de la région *sub-linguale*. Il existe une *saillie médiane*, repoussant la peau de la région sous-maxillaire et soulevant la muqueuse sublinguale. Cette saillie déforme la peau, d'une part, et la muqueuse d'autre part, suivant une courbe veule, arrondie. Muqueuse et peau sont absolument normales, libres d'adhérences ; elles sont seulement refoulées *uniformément* dans tous les points.

La langue est soulevée, ramassée en arrière, et si la malade essaye de la projeter en avant, on la voit se mouler, s'arrondir, sur la surface de la grosseur, sans que la pointe puisse franchir les arcades dentaires, au delà de quelques millimètres.

La palpation révèle une tumeur située profondément dans le plancher de la bouche : l'exploration bi-manuelle, avec un ou deux doigts de la main droite placés sous la langue, pendant que ceux de la gauche explorent la région sous maxillaire, cette exploration révèle une tumeur qui

(1) E. Ozenne. *Des kystes dermoïdes sublingnaux* (*Archives générales de médecine*, 1883).

(2). O. Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux du cou*, 1886.

oscille dans ce plancher buccal, dans le sens des pressions : elle se déplace alternativement vers la région sublinguale et la pression dans la cavité buccale la repousse vers la région sus-hyoïdienne, mais ces déplacements *sont lents* à se produire.

La palpation révèle encore qu'il s'agit d'une tumeur à contours arrondis, des dimensions d'un œuf; mais il est impossible de suivre toute la périphérie de la tumeur, le doigt étant arrêté par des surfaces rénitentes, ne se laissant pas déprimer; impression qui révèle la notion d'une tumeur arrondie, mais profondément cachée, enveloppée.

Cette tumeur n'est pas *fluctuante*, si on a le soin de la fixer, manœuvre d'ailleurs difficile : elle est résistante, offrant cependant une certaine élasticité. A sa surface la pression du doigt ne produit absolument aucune empreinte.

Cette tumeur est mobile avec l'os hyoïde pendant les mouvements de déglutition; et si pendant un de ces mouvements l'index et le pouce cherchent à séparer la tumeur de l'os hyoïde, on sent qu'elle est fixée, adhérente à cet os et entraînée par lui. Il est possible, au contraire, par l'exploration profonde intrabuccale, d'interposer l'extrémité de l'index entre la tumeur et la face postérieure et médiane du maxillaire inférieur.

En présence de ces caractères, tumeur *congénitale*, *arrondie, située entre les muscles du plancher de la bouche*, adhérente à l'*os hyoïde*, tumeur *ferme*, non fluctuante, nous portons le diagnostic de *tumeur dermoïde du plancher de la bouche*, repoussant celui de grenouillette, que nous donnait la mère de la malade.

Nous conseillons l'opération, qui est acceptée; le kyste a été enlevé en totalité par la voie *sus-hyoïdienne*, en suivant les *précautions sur lesquelles* nous *insisterons plus loin*....

La tumeur était située entre les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosse, entourée d'un tissu cellulaire lâche, énucléable partout, par le doigt, sauf au niveau de l'os hyoïde, où elle présentait une attache fibreuse, qui avait été diagnostiquée et prévue.

La guérison s'est faite en trois semaines et a été absolument satisfaisante.

La tumeur, parfaitement arrondie, avait le volume d'un œuf. Sur la tumeur principale était greffée, dans le voisinage de l'os hyoïde, une deuxième petite grosseur, du volume d'un haricot. La paroi, d'un blanc nacré, était épaisse; le contenu était formé par de la matière sébacée d'un blanc laiteux.

Voici d'ailleurs l'analyse histologique de la pièce, que nous avons confiée à M. Dubar, sous-chef du laboratoire d'histologie du professeur Trélat, à la Charité.

Ce kyste présente à étudier : 1° sa paroi; 2° son contenu.

1° Sa paroi, qui est plane dans presque toute son étendue, offre un certain nombre de prolongements plus ou moins étroits et allongés. Elle a une structure analogue à celle de la peau, c'est-à-dire qu'elle est formée d'une couche de tissu conjonctif, tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié.

La couche sous-épithéliale est constituée par un tissu conjonctif à cellules aplaties, renfermant un certain nombre de fibres élastiques, des vaisseaux, artères et veines, des nerfs.

L'épithélium qui la recouvre a une structure identique à celle de l'épiderme, c'est-à-dire qu'il est orme

a. D'une couche de cellules cylindriques eposant sur la membrane conjonctive; *b.* d'une couche de cellules polygonales à dentelures très fines, se joignant avec celles des cellules voisines; *c.* d'une couche de cellules remplies de granulations d'éléidine; *d.* de cellules cornées, en couche très épaisse.

2° Son contenu est constitué par des cellules épidermiques ayant subi la dégénérescence cornée. Il y existe aussi un grand nombre de granulations graisseuses.

La structure de la paroi de ce kyste et la composition de son contenu montre qu'on a bien affaire à un kyste dermoïde.

Anatomie pathologique. — L'analyse faite par Dubar rappelle bien les faits antérieurement étudiés, et qu'on trouve avec un grand luxe de détails dans le mémoire d'Ozenne. L'examen histologique manque au fait de Reclus, mais il n'est pas douteux qu'il se trouvait en présence d'une tumeur congénitale. Le siège anatomique si précis, les connexions avec l'os hyoïde, le contenu, plaideraient en faveur de cette origine, si besoin en était.

Il s'agit dans ces deux cas de *kystes dermoïdes*, c'est-à-dire de kystes dont la paroi est formée par des éléments de la peau, et non de *kystes mucoïdes ou séreux* (1).

Ces *kystes dermoïdes* méritent le nom de kystes *dermoïdes du plancher de la bouche*, car ils ne sont ni *sublinguaux*, ni *sus-hyoïdiens;* s'ils déforment et la région sub-linguale et la région sus-hyoïdienne, ils sont également séparés de la peau et de la muqueuse par des muscles.

Les tumeurs congénitales du plancher de la bouche renferment deux classes de tumeurs :

a. Les kystes dermoïdes à proprement parler (c'est la variété fréquente).

b. Les tumeurs congénitales implantées sur le maxillaire inférieur et constituant le *polygnathisme* (variété rare) (2).

Les kystes dermoïdes, qui fixeront seuls notre attention, peuvent, au plancher buccal, être divisés en deux sous-variétés, suivant qu'ils sont *fixés à l'os hyoïde* ou *aux apophyses géni : a.* kystes dermoïdes ad-hyoïdiens; *b.* kystes dermoïdes ad-géniens.

Dans les deux observations qui précèdent, il s'agissait de kystes ad-hyoïdiens : les faits de Barbes (3), de Landeta et de Verneuil (4) rentrent dans cette variété. Les types de kystes *ad-géniens* nous sont fournis par les observations de Combalat (5), de Nicaise (6), de Dardignac (7).

Cette notion a échappé à bien des observateurs, qui ne signalent même pas cette adhérence. Ces connexions squelettiques nous semblent avoir une telle importance diagnostique et opératoire, que nous n'hésitons pas à en faire un des caractères des tumeurs dermoïdes du plancher de la bouche.

Pourquoi certains de ces kystes sont-ils ad-hyoïdiens et les autres ad-géniens? On n'est pas encore en mesure, à l'heure actuelle, de répondre à cette question, et l'hypothèse récente, basée sur les travaux de His, d'après laquelle les kystes congénitaux du cou et les fistules seraient dus à un vice d'évolution du thymus ou du corps thyroïde (8) ne nous éclaire guère sur la pathogénie de ces deux variétés de kystes dermoïdes.

Siège anatomique. — Evolution. — Quel que soit le point d'adhérence génien ou hyoïdien, le siège anatomique du plus grand nombre de ces tumeurs *est le même* : il est à regretter que les observations soient si incomplètes sur la localisation de ces kystes : dans le cas de Reclus et le nôtre, la situation précise est indiquée: mais dans les vingt-huit autres faits connus jusqu'à ce jour, nous ne trouvons que quatre fois une *indication anatomique précise* (9).

Ces kystes dermoïdes se développent dans le plancher de

(1) Avant le traité de M. Lannelongue, les auteurs avaient de la tendance à ranger, dans la même variété, toutes les tumeurs congénitales : un des principaux mérites de ce traité remarquable est d'avoir montré que la série des kystes congénitaux pouvait être décomposée de la façon suivante : kystes dermoïdes, kystes mucoïdes, kystes séreux.

(2) Ces tumeurs renferment des kystes, des pièces osseuses, etc.

(3) Voir Obs. XIX.

(4) Voir Obs. XV et V.

(5) Voir Obs. XXVI.

(6) Voir Obs. XXIV.

(7) Voir Obs. XXX.

(8) Quénu. *Agrég. d'anat.*, 1886: *Des arcs branchiaux chez l'homme.*

(9) Obs. de *Gruber* « la tumeur siégeait entre les génio-hyoïdiens et les génio-glosse ». — Obs. de *Meunier* « en arrière du maxillaire inférieur au dessus du mylo-hyoïdien, entre les génio-glosse. » 3 Obs. *de Landeta* « dans l'interstice des génio-hyoïdiens. » 4 Obs. « entre les génio-hyöidiens et génio-glosse ».

la bouche, entre la corde des génio-hyoïdiens et l'éventail des génio-glosse, à droite et à gauche mais *au-dessus* de la sangle musculaire formée par les mylo-hyoïdiens: ils évoluent dans cette loge musculo-celluleuse, bridée en avant par la symphyse mentonnière, en arrière et en bas par l'os hyoïde ; ils respectent ces limites osseuses et musculaires, et s'ils les franchissent, ils produisent des refoulements laryngés, des soulèvement lingaux, des déjettements osseux (exceptionnel), comme l'apprend la symptomatologie. Ces tumeurs sont *médianes, exceptionnellement latérales.*

Ces limites anatomiques nous expliquent le volume à *peu près constant de ces tumeurs* : que donne, en effet, le relevé des observations ?

Le kyste a été comparé à :

Un gros œuf.	dans	12 cas.
Une mandarine. . . .	id.	1 cas.
Une noix.	id.	2 cas.
Une pomme	id.	3 cas.
Une petite orange. . .	id.	1 cas.
		19 cas.

D'autres observateurs leur ont assigné comme dimensions 6 centimètres de long sur 4 de large; d'autres ont dit que la tumeur *était très volumineuse*, avait *des dimensions considérables.*

Il y avait aussi un certain intérêt à savoir à quel âge ces tumeurs avaient nécessité une opération : le même relevé comparatif des observations nous a montré que c'est de 16 à 24 ans, que les malades avaient réclamé une intervention chirurgicale; la moyenne nous a donné 23 ans..... Si les malades viennent à cet âge demander d'être débarrassés de leur tumeur, ce n'est pas par coquetterie comme l'a dit Desprès, plus spirituellement qu'avec vérité, mais parce que arrivé à ce degré de développement, la tumeur ne peut plus évoluer dans sa loge musculo-squelettique, et tend à franchir ses limites avec gêne, avec douleur. La coquetterie est si peu en jeu, que (si c'est là un argument), dans 20 observations, où le sexe est indiqué, les hommes et les femmes forment le même contingent de tumeurs (10 hommes — 10 femmes).

Il s'agit dans tous ces cas de tumeurs à *parois épaisses*, de *tumeurs arrondies* : si le premier de ces caractères est commandé par la structure de la paroi, le second, *la forme arrondie de ces tumeurs*, doit être attribué à la sécrétion ininterrompue de la poche, sécrétion qui distend uniformément la poche, contenue dans sa loge ostéo-musculaire, susceptible d'ampliation.

Ces tumeurs *sont mobiles*, surtout celles qui adhèrent à l'os hyoïde, et le suivent dans tous les actes de la phonation et de la déglutition. Il était curieux de rechercher si les tumeurs *adgéniennes*, fixées à l'os maxillaire, ne subissant que des pressions musculaires sans mobilité directe, étaient *plus fixes* que les ad-hyoïdiennes, et avaient de la tendance à contracter des adhérences avec la muqueuse; cette opposition entre nos deux catégories de tumeurs est *purement théorique*, et la lecture des faits connus, ne nous fournit aucun renseignement sur ce point.

Toutes ces tumeurs développent autour d'elles une sorte de bourse séreuse et ce travail continu de glissement rend leur énucléation facile : le seul obstacle réside dans le *pédicule*; ces détails étaient saisissants dans notre observation et dans celle de Reclus ; ils se retrouvent notés dans bien d'autres observations.

Symptômes. — La tumeur est *congénitale*. Les parents racontent que l'enfant a toujours eu un menton développé, un double menton. — Cette notion doit être recherchée avec grand soin ; à elle seule, elle permettrait de faire le diagnostic ; il n'est pas toujours possible d'établir cette filiation, et si, dans douze observations, il est expressément indiqué que la tumeur était *congénitale* ou datait de l'enfance, dans huit autres, il est simplement dit que c'est de six à quinze ans que la grosseur s'est montrée.

Comment se présente l'affection lorsque la tumeur a atteint un volume moyen ? — La région sus-hyoïdienne, au lieu d'être à peu près plane, proémine au-dessous du plan osseux sous-maxillaire ; mais elle se traduit par une courbe veule plutôt que par une surface arrondie. La tumeur étant bridée par la double corde génio-hyoïdienne et la sangle mylo-hyoïdienne, refoule ces obstacles, et ils forment un arc à convexité inférieure, arc tendu entre le rebord maxillaire et l'os hyoïde. — Cette forme fruste, qui en imposerait à un examen superficiel, (qui trompe les parents, obs. II), se retrouve du côté de la cavité buccale ; il y a un exhaussement en masse de tout ce plancher muqueux, plutôt qu'une saillie localisée. Il n'était pas inutile d'appeler l'attention sur ces détails minutieux, car ils sont bien réels ; parallèles aux données de l'étude anatomo-pathologique macroscopique, ils deviennent d'un grand secours diagnostique.

La *palpation* révèle des phénomènes plus intéressants encore : on sent une tumeur, on peut la *soupçonner arrondie*, car les muscles la brident de toute part.

La *fluctuation* n'est qu'une apparence, et ce signe, sur lequel on a tant insisté, la *recherche de l'impression du doigt*, se montrera exceptionnellement ; le contenu demi-solide du kyste explique l'absence de la fluctuation, sa situation sous-musculaire rend compte de l'impossibilité d'en déprimer la surface.

Une des premières recherches est de savoir si cette tumeur, qui proémine du côté cutané et du côté sublingual, est *mobile*. — On la repousse alors du côté muqueux vers le plancher sus-hyoïdien. — C'est dans cette manœuvre que se montrent deux caractères essentiels :

1° La *lenteur dans les mouvements de déplacement de la tumeur.*

2° *L'éloignement de la tumeur des doigts explorateurs.*

La tumeur dermoïde ne se déplace qu'après refoulement des masses musculaires tendues et une pression lente, exercée dans la région sus-hyoïdienne la fait saillir du côté buccal, puis elle reprend sa place au bout d'un temps appréciable. — Il s'agit d'un soulèvement en masse de la muqueuse sublinguale et même de la base de la langue. — Le même phénomène se reproduit avec des caractères identiques dans la région sus-hyoïdienne, lorsque la pression s'exerce à l'intérieur de la cavité buccale. — Pendant ces manœuvres, le doigt n'a que des contacts lointains ; il sent la tumeur comme à travers une étoffe épaisse, sensation *confuse* bien appréciable, lorsque l'exploration se fait du côté buccal.

Cette lenteur dans les mouvements de déplacement en haut et en bas, trouve sa cause dans les connexions de la tumeur avec les muscles, d'une part, et, d'autre part, dans ses adhérences avec le squelette ; le siège sous-musculaire rend compte de la difficulté des contacts.

Il est facile de soupçonner les adhérences du kyste au squelette. — S'il adhère à l'os hyoïde, il suit cet os dans ses déplacements au moment de la déglutition. — Pour être sûr de ne pas être la victime d'une illusion et de rapporter à la tumeur une mobilité qui appartient à toute la région sus-hyoïdienne, il suffit d'interposer le pouce et l'index de la main droite, entre la tumeur et l'os hyoïde. Alors, dans les mouvements de déglutition, la tumeur vient buter contre le doigt et témoigner ainsi de ses adhérences hyoïdiennes. — Tel était le cas de l'obs. II.

Cette recherche a une importance opératoire. — Comment les choses se passent-elles dans les tumeurs dermoïdes ad-géniennes? — La théorie permet de le deviner, sans qu'il soit possible d'étayer une opinion, basée sur la lecture des observations. — Il sera, d'ailleurs, facile de constater la non implantation de la tumeur sur l'os hyoïde.

Ainsi donc *tumeur congénitale, donnant à la région sus-hyoïdienne l'apparence d'un double menton (menton de grenouille), tumeur oscillant lentement, produisant un soulèvement en masse de la région sublinguale et de la région sus-hyoïdienne, tumeur arrondie, ferme, élastique, à contact d'enveloppement difficile, à pédicule génien ou hyoïdien*, tels sont les caractères fondamentaux qui permettent d'asseoir le diagnostic sans beaucoup de difficultés.

Diagnostic. — Ce diagnostic a cependant exercé la sagacité des cliniciens. — Toutes les variétés de *grenouillette*, surtout la *grenouillette congénitale*, les *kystes séreux du plancher* de la bouche, les *tumeurs érectiles*, les *kystes hydatiques* et les *lipômes* de la même région peuvent devenir l'occasion d'erreurs de diagnostic.

Quelles que soient leurs variétés les grenouillettes sont *des tumeurs salivaires*; elles constituent des tumeurs *sublinguales, sous-muqueuses, à parois minces, inégalement repoussées, translucides, rosées, fluctuantes:* surtout cantonnées dans le plancher sublingual, qu'elles débordent, elles ne perdent pas leur caractère de tumeur sublinguale, en dépassant leurs limites.

La migration d'une grenouillette sublinguale venant faire saillie, à la région sus-hyoïdienne, à travers un interstice musculaire, constitue *la grenouillette sus-hyoïdienne*, si bien étudiée par notre maître Delens : mais la tumeur sublinguale a précédé dans la plupart des cas la tumeur sus-hyoïdienne: celle-ci *acquise*, ne s'est développée que tardivement, souvent après une opération : la fluctuation est des plus nettes, et les doigts explorateurs se renvoient le contenu des deux poches sublinguale et sus-hyoïdienne: tous ces caractères sont bien lointains de ceux assignés aux kystes dermoïdes.

Toutes ces remarques diagnostiques s'appliquent encore aux kystes séreux du plancher de la bouche, affection rare, dont le siège anatomique (bourse séreuse de Fleischmann) et l'origine (peut-être congénitale) sont encore un sujet de discussion. N'est-il pas intéressant de relever que dans les 30 observations de tumeurs congénitales sus-hyoïdiennes que nous avons analysées, il n'en existe aucune qui rappelle ces kystes séreux, et prête à la confusion.

Les *tumeurs érectiles du plancher de la bouche*, sur lesquelles Dolbeau a appelé l'attention, en les décrivant sous le nom de *grenouillettes sanguines*, sont aussi des tumeurs congénitales, mais quelle distance entre ces grosseurs violacées, réductibles, variables suivant les cris et l'effort, susceptibles d'un accroissement rapide, et les tumeurs dermoïdes à caractères *si fixes, si constants*.

Les kystes hydatiques du plancher buccal constituent une exception: dans deux faits partout cités, l'un du Professeur Gosselin, il s'agissait d'un homme de 61 ans, et l'autre du Professeur Richet d'une femme de 38 ans. Ces tumeurs *étaient acquises*. L'âge *des malades, l'apparition en dehors de l'état congénital*, sont des remarques des plus précieuses car leurs autres caractères entraîneraient la méprise : comme les kystes dermoïdes, ces tumeurs peuvent *être intra, ou sous-musculaire*, elles sont *arrondies*, et leur *paroi est dure et résistante*; leur volume *doit être moindre*.

Les *lipômes* de la région sus-hyoïdienne (improprement appelés grenouillettes graisseuses sus-hyoïdiennes) sont encore des tumeurs acquises; *l'irrégularité de leur forme* (accroissement par prolongements), leur *lobulation*, la sensation que donnent ces petites boules graisseuses (*collision crépitante*), la tendance qu'elles ont à repousser la peau sus-hyoïdienne permettront d'éviter la méprise.

En résumé le diagnostic du *kyste dermoïde* pourra être posé d'une façon catégorique, même sans la ponction exploratrice, dont les caractères négatifs ont plusieurs fois servi au clinicien.

Traitement. Les chirurgiens semblent d'accord sur la question du traitement, puisque dans 21 cas où le procédé opératoire est indiqué, 19 fois l'opération a été faite par la *voie buccale*, 2 fois seulement par la *voie sus-hyoïdienne* : si nous ajoutons à ces cas deux cas, celui de Reclus et le nôtre, cela porte à 4 le chiffre des opérations par cette voie.

Comparons les avantages de la voie intra-buccale, et de la voie sus-hyoïdienne.

L'extirpation par la voie buccale a un avantage considérable qui a certainement influencé tous les opérateurs, *l'absence d'une cicatrice* visible, motif d'esthétique d'autant plus prisé qu'il s'agit de personnes jeunes, puisque c'est à l'âge de 23 ans, en moyenne, que ces interventions ont été demandées.

Cet argument a certes une grande portée, et à l'époque où régnait l'incertitude des réunions primitives, il était péremptoire : il est à *peu près* sans valeur aujourd'hui.

Ce procédé présente-t-il d'autres avantages ?

Pour atteindre la tumeur par cette voie, il faudra : *a*) sectionner péniblement la muqueuse, en arrière du rebord de la mâchoire, éviter dans cette incision parabolique les conduits salivaires ; *b*) intéresser sinon diviser les génio-glosse ; *c*) arrivé sur la tumeur le chirurgien aura à libérer celle-ci de ses adhérences profondes aux apophyses géni, on à l'os hyoïde ; il est à craindre que, malgré son habileté, il ne puisse terminer l'énucléation et laisse au fond du puits opératoire une partie de la poche, qui sera l'occasion d'une récidive.

Sur les 19 extirpations par la voie buccale, je trouve notées des excisions partielles, des divisions des génio-glosse, des récidives, des opérations en plusieurs temps, des cautérisations de la poche au nitrate d'argent ; je trouve encore que les opérateurs se félicitent d'avoir terminé l'opération sans blessure des conduits salivaires, etc.

Quel sera le résultat de cette intervention ? il existera une plaie cavitaire, dans laquelle séjourneront les produits buccaux naturels ou introduits pour l'alimentation; en un mot une asepsie rigoureuse sera impossible.

Malgré toutes ces conditions qui nous semblent très défavorables, les résultats opératoires ont été satisfaisants : on n'a pas eu à déplorer d'accidents graves, à en juger par les quelques détails, trop courts, consignés dans ces observations.

La durée de la guérison, en dehors de la récidive, a été de quelques semaines.

Voie sus-hyoïdienne. — Sur le conseil de notre excellent maître Reclus, nous avons chez notre malade pratiqué l'opération par la voie sus-hyoïdienne, médiane ; l'opération a été d'une simplicité extrême, et ses résultats très-satisfaisants.

Par cette voie l'opération comprend plusieurs temps :

1° Dans un premier temps section de la peau, exactement *sur la ligne médiane*. Division du raphé cellulo-graisseux, qui correspond à l'entrecroisement des fibres des myio-hyoïdiens.

2° Recherche de l'interstice des muscles génio-hyoïdiens, et écartement de ces muscles, en dehors, avec deux écarteurs à extrémités arrondies et mousses (1).

3° *Libération de la tumeur*. — La tumeur apparaît alors, libre d'adhérence, avec sa teinte bleuâtre, nacrée, rappelant une sclérotique: en même temps qu'on pince la tumeur avec une pince à mors plats, on fait une ponction à sa surface; la tumeur se vide alors rapidement de son contenu butyreux : lorsqu'on juge sa réduction de volume suffisante on applique une pince sur l'ouverture de la poche nécessitée par la ponction. L'index préalablement phéniqué, fait alors le tour de cette tumeur en partie exprimée et ratatinée. Les adhérences celluleuses cèdent avec la plus grande facilité, mais on reconnaît bientôt que le kyste a un pédicule, soit génien, soit hyoïdien.

4° *Détachement du pédicule*. Prolongeant si la chose est nécessaire l'incision cutanée soit vers l'os hyoïde, soit vers l'os maxillaire, on attire doucement la tumeur au dehors, et on a le pédicule sous les yeux; on le détache au ras de l'os avec une petite curette, des ciseaux ou un bistouri.

On lave la plaie avec grand soin avec une solution phéniquée forte, pour enlever jusqu'à la dernière parcelle de matière sébacée: un drain est placé dans le point déclive; suture et affrontement exact; gaze iodoformée. L'opération n'a duré que quelques minutes.

En résumé, la voie buccale choisie pour mettre à l'abri

(1) L'incision sous-hyoïdienne latérale et non médiane est aujourd'hui un non sens ; elle nécessite la division des fibres musculaires du mylo-hyoïdien pour pénétrer dans la loge qui contient la tumeur ; c'est ce qui est arrivé à Denonvilliers. (Obs. XVII.)

des cicatrices avant l'ère des réunions primitives, est une voie *difficile* (blessure des conduits salivaires, sections musculaires), *incertaine* (extirpation incomplète et récidive) : elle crée une *plaie déclive*, ne permettant pas de réaliser les conditions d'asepsie désirables (séjour du sang, de la salive, des liquides alimentaires dans la poche) : *elle rend difficile l'alimentation.*

La méthode sus-hyoïdienne médiane, nous semble devoir être à l'avenir la méthode de choix : d'une exécution facile, ne réclamant d'autre section que celle de la peau sur la ligne médiane, l'écartement du raphé fibreux mylo-hyoïdien, et graisseux des génio-hyoïdiens, elle permet l'accouchement du kyste par une petite ouverture, l'éradication absolue de ses attaches squelettiques, et la mise à l'abri certaine d'une récidive : elle rend possible un drainage déclive, grâce auquel est assuré une réunion primitive, c'est-à-dire sans cicatrice appréciable : enfin elle permet l'alimentation de l'opéré. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 mai 1887. — Présidence de M. Féréol.

M. Ball communique l'observation d'un homme de 34 ans qui était entré dans son service pour des crises d'*angine de poitrine* survenues depuis cinq semaines. C'était un rhumatisant et un fumeur. A la base du cœur, il existait un léger souffle diastolique. Le malade succomba à un accès, une douzaine de jours après son entrée. A l'autopsie, on trouva une hypertrophie considérable du cœur gauche, une insuffisance aortique, de la dilatation de l'aorte et un élargissement de l'orifice des coronaires. Le ventricule droit était aplati par le développement du gauche et semblait réduit aux dimensions d'une oreillette. Cette particularité pourrait expliquer, pense M. Ball, les crises d'angine de poitrine par suite de la gêne de la circulation cardiaque qui serait résultée de cette disposition pathologique.

M. Huchard objecte que le trajet des coronaires n'a pas été examiné ; c'est ainsi que récemment il a vu un cas provenant du service de M. Robin, où les coronaires, dilatées à l'origine, étaient rétrécies en d'autres points de leurs parcours. Il s'élève de nouveau contre l'emploi de la spartéine et de la digitale dans l'angine de poitrine.

M. Guyot proteste vivement contre cette affirmation; il a pu suivre deux faits d'angine de poitrine se rapportant à deux de ses amis, qui se sont très bien trouvés de la digitale; ces deux malades ne vont bien que tant qu'ils en prennent. — Ce à quoi M. Huchard répond que chez les angineux il y a deux périodes : dans la première, il y a augmentation de la tension artérielle ; la digitale est alors mauvaise ; dans la seconde, il y a diminution, et alors on a des succès en les traitant comme des cardiaques vulgaires par l'administration de la digitale.

M. Ball présente, en le recommandant, le petit *sphygmographe* anglais du Dr Dudgeon. C'est un petit instrument de forme générale cubique, très portatif, et qui permet d'obtenir des tracés fort longs. On s'en sert beaucoup en Angleterre, depuis 1881.

M. Chantemesse présente un travail de MM. Chibret et Augieras sur une *épidémie de fièvre typhoïde*, observée à Clermont-Ferrand l'année dernière, parmi la population civile comme aussi parmi les militaires. Ces auteurs ont remarqué que la période d'incubation, dans ces cas, fut fort longue, parfois de 30 à 35 jours. L'infection se fit par l'eau provenant de Royat. Des pluies abondantes lavèrent le sol de Royat et entraînèrent les germes typhiques dans la source ; 30 à 35 jours après ces grandes pluies, l'épidémie faisait son apparition ou bien il survenait des recrudescences.

M. Mauriac fait une longue communication sur le *traitement général de la syphilis* qui est toujours à l'ordre du jour de la Société. Il étudie successivement et avec détails les trois points suivants : 1° Action curative et préventive de l'iodure de potassium et du mercure ; 2° La meilleure manière d'introduire le mercure dans l'organisme; enfin, 3° Les règles de l'administration des médicaments antisyphilitiques. L'iodure de potassium et le mercure sont les deux remèdes spécifiques de la syphilis ; ils ont sur elle une action curative puissante, quant à leur rôle préventif, il est bien moindre, si tant est qu'il existe. La médication ne doit donc pas être dirigée contre la diathèse elle-même, mais bien contre les accidents qui en résultent. Ce sont eux qu'il faut attaquer avec l'un ou l'autre de ces médicaments ou même avec les deux, suivant leur nature et leur date. La source des indications se trouve, non pas dans l'idée de diathèse, mais dans les effets matériels de cette diathèse. Lorsque la maladie est à l'état de latence, il ne faut pas troubler l'organisme par une intervention intempestive. La meilleure méthode d'administration, la plus commode est l'estomac. Les frictions et les injections hypodermiques sont des méthodes exceptionnelles qu'il ne faut employer que quand il est nécessaire d'aller très vite, ou bien lorsque l'estomac ne peut supporter les médicaments. La syphilis peut guérir seule, mais il est de bonne méthode de la traiter. Il faut commencer dès qu'il n'y a pas de doute sur la nature du chancre. L'excision ne prévient pas l'infection, tout au plus pourrait-elle en atténuer la gravité. Il faut suspendre de temps à autre l'administration des spécifiques, mais aucune règle fixe, aucune chronologie ne peut être établie à cet égard ; il faut éviter la saturation de l'organisme qui alors ne pourrait plus réagir. Il faut, comme pour les autres maladies constitutionnelles, traiter la syphilis suivant les cas, la forme, l'individu, l'intensité, etc.

Dans les formes légères, le mercure seul suffit ; il faut l'associer à l'iodure, dans les formes graves. La spontanéité curative de l'organisme, grande dans les premières phases, diminue peu à peu et finit par disparaître à une période plus avancée de la maladie. C'est alors que l'association de l'iodure et du mercure est surtout nécessaire. Enfin, contre cette inertie réactionnelle de l'organisme, il faut employer tous les moyens dont on dispose et associer toujours l'hygiène à la thérapeutique. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Polaillon, à propos du procès-verbal, tient à donner quelques explications sur l'observation qu'il a lue à la Société dans la dernière séance. Les expériences de Vulpian sur la régénération du bout périphérique d'un nerf coupé n'ont pas été infirmées. Ces faits s'expliquent aujourd'hui, par la présence dans le bout périphérique, de fibres récurrentes provenant d'autres nerfs au milieu des autres fibres tout à fait dégénérées. M. Ranvier prétend que, quand un nerf a été coupé, le bout périphérique dégénère en presque totalité; mais on trouve encore quelques vestiges du tronc nerveux, ce qui explique les faits de retour immédiat de la sensibilité dans le domaine du nerf après suture. D'ailleurs beaucoup d'auteurs, lors de sutures primitives des nerfs, ont noté ce retour immédiat de la sensibilité. En ce qui concerne la suture secondaire, le retour immédiat n'est pas douteux non plus.

M. Trélat. Il y a ici contradiction entre les données histologiques et les données physiologiques. On est en présence, à l'heure actuelle, d'un *fait* exact, mais encore inexpliqué.

M. Reclus. M. Ranvier a montré que dans le bout périphérique d'un nerf coupé, suturé ensuite par M. Tillaux, il n'y avait pas de fibres récurrentes. Tout était dégénéré. On a donc bien mis en contact un nerf vivant avec du tissu fibreux. Malgré cela, on ne peut nier dans ces cas le retour de la sensibilité après la suture.

M. Kirmisson s'étonne de voir, dans le cas de M. Polaillon, la sensibilité réapparaître dans le domaine du cubital.

M. Segond cite un cas de section des nerfs cubital et médian, pour laquelle une heure après l'accident il a fait la suture nerveuse ; avant la suture, il y avait anesthésie complète (examen par M. Rémy) dans le domaine des nerfs cubital et médian. La sensibilité a reparu dans le domaine de ces nerfs 1/4 d'heure après leur suture. La sensibilité n'a jamais varié. Mais les muscles de la main sont restés atrophiés et impuissants. Pour lui, le *contact*, et non la *soudure histologique* des fibres nerveuses, a été la cause de ce retour de la sensibilité.

M. POLAILLON répond à M. Kirmisson qu'il croit que le cubital s'était réuni lors de la première opération (suture primitive), mais qu'il n'a recouvré sa fonction qu'après la suture secondaire du médian. Il insiste sur ce fait, à savoir que chez sa malade la sensibilité à l'électricité n'est pas revenue, que la motilité ne s'est pas rétablie en totalité ; cependant, les muscles de l'éminence hypothénar ne sont pas atrophiés.

M. TERRIER, à propos du procès-verbal et de la discussion de la séance précédente, communique un cas de *laparotomie pour obstruction intestinale*. Il insiste sur les difficultés du diagnostic de la cause. Quand on n'a pas de diagnostic, il croit qu'il faut faire la laparotomie. Il cite alors une observation personnelle. Homme atteint de cancer de l'estomac ; tout à coup, accidents d'occlusion intestinale qui se répètent deux fois. On change de diagnostic et admet un cancer du côlon descendant. On fait la laparotomie et croit rencontrer une tumeur maligne impossible à extirper au niveau du colon descendant. Anus contre nature fait de dedans en dehors sur le cœcum. Ouverture de l'intestin pour le débarrasser des matières stercorales qu'il renferme ; 3 points de suture intestinale. On replace l'intestin dans le ventre après ponctions capillaires destinées à vider les anses distendues. Tout va bien jusqu'au 9e jour. Accidents de péritonite suraiguë et mort le 10e jour. A l'autopsie, péritonite suppurée généralisée. La cause en serait deux perforations de l'intestin au niveau des deux points où a été faite la ponction capillaire ou bien une antisepsie insuffisante. La tumeur était un cancer de l'estomac propagé à l'angle gauche du colon.

M. BOUILLY a opéré un homme de 47 ans, ayant présenté du ténesme rectal, une dénutrition générale, des douleurs dans le flanc gauche. Diagnostic : Cancer de l'S iliaque ou du côlon descendant. Opération pour accidents d'obstruction intestinale. Anus contre nature sur le cœcum. Cet anus cœcal se comporta bien ; on doit dire cependant que l'anus cœcal se vide mal. Mort par progrès du cancer plusieurs mois après.

M. TERRIER. — Il aurait fallu faire la laparatomie si on avait eu à opérer ce malade au début de son affection.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un long rapport sur le *traitement de certaines fractures par le massage*. Ne voulant pas parler du massage comme moyen de traitement après la consolidation, il insiste sur l'emploi de cette façon de procéder dès le début des accidents. Il analyse d'abord une observation envoyée à la Société par M. OVION (de Boulogne), qui, lui aussi a utilisé le massage. Cette observation est intitulée : Fracture de la malléole interne, luxation incomplète de l'astragale en avant et en bas. Diastasis considérable. Réduction facile. Massage au 10e jour. Le 38e jour le malade reprend son service d'infirmier. M. Championnière donne encore le résumé de plusieurs observations de M. FRANCK (de Sarlat), dont deux sont des fractures du radius et l'autre est une fracture de la jambe au tiers inférieur ; dans ces trois cas, on a employé le massage. Il cite en outre une observation de fracture traitée par le massage dans son service. Pour ce chirurgien, le massage fait tomber la douleur, favorise la formation du cal ; les articulations restent souples et quand le malade recommence à marcher, il n'y a pas de raideur dans les jointures. L'orateur insiste sur la durée des séances de massage qui doivent être très longues (1 h. 1/2 même), et sur le lieu où il faut le faire. Au début, on doit masser avec grande douceur : au bout de 15 minutes un massage léger a éteint la sensibilité du membre. On peut alors faire des pressions énergiques ; mais il faut les faire au voisinage de la fracture et non pas à son niveau. Quoi qu'on en dise, quoique ce traitement paraisse paradoxal, il donne des résultats ; c'est ce qu'il ne faut pas méconnaître.

M. BERGER prétend que les fractures ne guérissent pas plus vite par le massage que par l'immobilisation si l'on s'en tient aux observations que vient de lire M. Lucas-Championnière.

M. M. SÉE rappelle en termes assez vifs que la bande élastique donne de meilleurs résultats que le massage. Il y a longtemps qu'il a démontré que par ce moyen le cal se forme plus rapidement. Le massage est supporté bien plus difficilement par les malades que la bande élastique.

M. TERRILLON rapporte trois observations qui ont pour but de prouver que pour les *abcès profonds du bassin, on doit faire la laparotomie*. Les abcès du bassin tendent à s'ouvrir, soit dans la fosse iliaque, soit dans le vagin, soit dans le rectum. Il en est qui ont les allures d'un kyste de l'ovaire ; ce sont les derniers et on doit presque les traiter comme tels. Première observation : Femme de 23 ans, fausse couche cachée, pertes, amaigrissement, tumeur dans le ventre. Abcès évident du petit bassin. On propose la laparotomie. Pendant le transport de la malade à l'hôpital en voiture, ouverture de l'abcès dans le ventre, péritonite purulente suraigue ; on fait la laparotomie. On enlève le pus de la poche et du péritoine ; lavage de l'abdomen à l'eau bouillie, tubes à drainage dans le ventre. Soulagement immédiat, mais mort. L'autopsie montre que la péritonite n'a pas progressé. — Deuxième observation : Femme de 23 ans 1/2, fausse couche à 16 ans. Accidents péritonéaux en 1880. En 1883, accidents nouveaux de péritonite, 3 abcès consécutifs qui se vident par le rectum, nouvel abcès récemment. Tumeur à droite, dans le petit bassin. Pas de proéminence dans le vagin. Laparatomie ; intestins et épiploons adhérents à la paroi de l'abcès, qu'on ponctionne. On retire 250 grammes de pus. On suture les parois de l'abcès aux parois de l'abdomen, l'ouvre, le vide et le nettoie avec soin ; drainage et sutures ; guérison. — Troisième observation : Femme de 35 ans, fausse couche en 1877, accidents péritonéaux. En 1883, pelvi-péritonite. En 1886, nouvelle poussée ; abcès qui s'ouvre dans le rectum et qui siège à droite. Laparotomie : on trouve une tumeur libre dans l'abdomen, contenant 500 grammes de pus, fixé sur la paroi rectale ; même opération. La malade est en voie de guérison.

On vient d'étudier cette question de la laparotomie pour abcès pelviens en Angleterre et en Amérique. M. Terrillon préfère ce procédé au suivant, préconisé par un chirurgien américain : dilatation de l'anus et ouverture de l'abcès dans le rectum. Cette manière de faire n'est pas sûre et est peu conforme aux lois de l'antisepsie. Cette laparotomie, avec ouverture de l'abcès consécutive, puis suture à la paroi abdominale, est assez délicate à faire, à cause de la situation profonde de l'abcès. Les parois de l'abcès sont épaisses et très saignantes à leur surface interne. Il faut donc craindre les hémorrhagies. Il n'a pas osé gratter, dans les deux cas qu'il cite, les parois de l'abcès. Il repousse l'intervention par le vagin comme étant trop difficile à faire, et à cause de la présence de sinus veineux très importants dans le vagin. Il croit le drainage vagino-péritonéo-hypogastrique absolument inutile.

M. DEFONTAINE (du Creusot) lit un mémoire sur le *coup de soleil dû à l'action d'une vive lumière électrique*.

M. MONOD présente un *utérus cancéreux* qu'il a enlevé par un procédé un peu particulier. Sa malade a guéri.

MARCEL BAUDOUIN.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

XXX. Sur un cas de tabes dorsalis avec arthropathie et paralysie des cordes vocales ; par Ed. KRUSS. (*Berl. Kl. Wochenschr.* 1886, N° 43).

XXXI. De l'épiphora ataxique ; par F. PETROLACCI. Thèse de Montpellier, 1886.

XXX. D'après le résumé de l'auteur lui-même, il s'agit d'un homme syphilitique qui, à l'âge de 31 ans, éprouva des douleurs névralgiques et des troubles vésicaux. Sept ans après le commencement de ces manifestations morbides survint brusquement une affection douloureuse de l'articulation du genou qui, dans son évolution ultérieure, se serait comportée comme une arthrite déformante. Amputation de la cuisse en 1882 qui permit au malade de marcher pendant 14 mois avec un appareil, mais dès les premiers mois se montrèrent tout d'abord dans le moignon, puis dans l'autre jambe, dans le tronc et dans les bras des secousses survenant par accès et s'accompagnant de vives douleurs. Un certain nombre de symptômes ordinaires du tabes rendaient l'existence de cette maladie extrêmement probable. Contre ces secousses et ces douleurs on fit, mais sans résultat favorable, la résection du sciatique droit. L'affection des centres nerveux fit de rapides progrès. Les symptômes laryngés apparurent sous forme de dyspnée

inspiratoire. L'examen laryngoscopique fit constater une paralysie des deux muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Mort le 20 janvier 1886. A l'autopsie dégénération grise très marquée des cordons postérieurs, et aussi des deux nerfs sciatiques, de l'un des pneumo-gastriques et des deux nerfs récurrents, tandis que le nerf laryngé supérieur interne était absolument intact. — La description des lésions trouvées dans l'articulation après l'amputation montra bien l'usure des os si fréquente dans les arthropathies tabétiques, mais de plus révéla l'existence de très nombreuses proliférations osseuses au pourtour des surfaces articulaires et dans les franges synoviales, ce qui porte l'auteur à considérer cette arthropathie comme rentrant dans la classe : arthrite déformante. — Ce travail contient de plus des considérations sur les arthropathies et les crises laryngées dans le tabes.

XXXI. L'attention de l'auteur a été appelée par Nicati sur ce fait que chez un certain nombre d'individus on observe un épiphora tout à fait indépendant d'une lésion quelconque du sac ou des conduits lacrymaux ou de la conjonctive. Ces individus sont des hystériques, des anémiques ou des tabétiques. — Des observations de chacune de ces variétés sont jointes à ce travail. — Quant à la cause de ce phénomène il serait difficile, du moins actuellement, de l'indiquer d'une façon certaine, peut-être réside-t-elle dans une diminution de la tonicité musculaire (1). P. MARIE.

CORRESPONDANCE

Congés des chefs de service et des internes dans les hôpitaux de Paris.

Paris, le 27 mai 1887.

Monsieur le Directeur,

Je vous serais très obligé de vouloir bien insérer dans votre plus prochain numéro la note suivante qui intéresse le corps médical des hôpitaux :

« L'Administration de l'Assistance publique vient de décider qu'il ne serait plus accordé de congé à MM. les internes des hôpitaux pendant l'absence de leurs chefs de service. Les élèves internes ne seront autorisés, sauf les cas de force majeure, à s'absenter qu'avant le départ ou après le retour de ceux de MM. les médecins et chirurgiens aux services desquels ils sont attachés.

« En même temps, M. le Directeur de l'Assistance publique a fait appel au dévouement de MM. les Membres du corps médical des hôpitaux, pour qu'ils veuillent bien restreindre autant que possible la durée de leurs congés et les échelonner de façon qu'un tiers au moins des médecins et chirurgiens attachés à chaque hôpital soit toujours présent ».

Veuillez recevoir, etc. Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. PEYRON.

Hospitalisation des vénériens et des vénériennes (2).

Monsieur le Rédacteur en chef,

L'avant-dernier numéro du *Progrès médical* contient sur l'hospitalisation des vénériens et des vénériennes à Lunéville des renseignements erronés dont je viens vous demander la rectification. Il importe d'autant plus de le faire que Lunéville est, comme vous l'avez dit, une ville militaire et, aujourd'hui, ajouterai-je, industrielle. Or, depuis un temps très éloigné, l'Administration municipale a assuré d'une façon régulière le traitement des vénériennes et des vénériens civils, en les envoyant à la Maison de Secours départementale à Nancy, établissement où existe un service spécial lequel, par parenthèse, constitue maintenant la clinique des maladies syphilitiques à la Faculté de médecine,

J'ajouterai enfin ceci, c'est que, depuis 40 ans que je fréquente notre hôpital comme étudiant, ou que j'y exerce comme médecin, j'ai vu, malgré l'accroissement notable de la garnison, décroître incessamment la population des salles affectées aux vénériens militaires, les seuls malades de cette catégorie traités à Lunéville. De 1845 à 1855, la moyenne annuelle de ces malades dépassait 200 ; de 1860 à 1870 elle descendit à 100 ; depuis 1880, elle n'est plus que de 20 à 30 par an. Les causes de cette diminution résident, en partie du moins, dans la vigilance de la police sanitaire et dans le soin avec lequel, au point de vue médical, le service est aujourd'hui rempli.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée. Dr F. SAUCEROTTE.

N'en déplaise à l'honorable Dr Saucerotte, nos renseignements sont exacts. Qu'avons-nous avancé ? Que les vénériennes (et il en est de même des vénériens), n'étaient pas reçues à l'hôpital Saint-Jacques de Lunéville. Or, c'est ce qui ressort de sa lettre, dans laquelle il écrit que les vénériens et les vénériennes sont envoyés à Nancy. Qui les y conduit ? M. Saucerotte ne nous renseigne pas, mais nous ne croyons pas trop nous avancer en pensant que ce sont des agents de police. Pourquoi éloigner ces malades de leur pays, alors que tous les hommes sérieux qui se sont occupés d'assistance publique estiment, avec raison, que les malades doivent être assistés à domicile ou tout au moins dans l'hôpital le plus voisin. Y a-t-il insuffisance de lits à l'hôpital de Lunéville? Non; quand nous l'avons visité, en septembre dernier, il y avait 29 lits vacants sur 60 lits consacrés aux civils. Y a-t-il un bénéfice au point de vue financier? Nous ne le croyons pas. En effet, il y a les frais de voyage et des malades et de leurs conducteurs, et il est probable que le prix de journée, à Nancy, est plutôt supérieur qu'inférieur au prix de journée à l'hôpital Saint-Jacques. La Maison de Secours de Nancy est-elle dans de meilleures conditions que l'hôpital où M. Saucerotte a rendu de réels services depuis si longtemps ? Bien au contraire, le quartier des vénériennes de la Maison départementale de Nancy est, comme M. Bricon l'a dit ici (nº 12, p. 232), comme nous l'avons constaté nous-même, dans une situation abominable et qui ne devrait pas être tolérée.

Il est évident que les vénériens, et surtout les vénériennes de Lunéville cherchent à éviter le plus longtemps possible de faire le voyage à Nancy et à se soustraire au séjour dans le quartier-prison de la Maison de Secours. Qu'est-ce qui perd à une pratique administrative aussi détestable? L'hygiène et la santé publiques. Les vénériens et les vénériennes sont pour le médecin — et doivent être pour des administrateurs républicains intelligents — des malades. Dans la plupart des hôpitaux de Paris, dans quelques rares hôpitaux de province, on les reçoit dans les salles ordinaires et il ne paraît en résulter aucun inconvénient sérieux (1). Dans les cités comme Lunéville, leur nombre est très restreint; il ne peut y en avoir que quelques-unes à la fois et il est certain que si le médecin le veut, leur présence n'occasionnera aucun désordre. Le jour où elles sauront qu'elles sont traitées en malades, *comme les autres malades*, dans les mêmes salles, ayant les mêmes soins, la même nourriture, les mêmes lits, la même liberté relative; quand les médecins voudront leur faire comprendre que, dans leur propre intérêt, elles doivent se faire soigner dès le début de leur maladie, les vénériennes n'hésiteront plus à se rendre soit aux consultations externes, soit à l'hôpital et il s'en suivra une diminution de plus en plus considérable des maladies vénériennes. La science et l'hygiène restreindront au minimum possible le champ des maladies vénériennes, dont la propagation a été entretenue par les préjugés religieux.

Nous devons faire une dernière remarque : c'est que les militaires vénériens sont soignés dans les salles de l'hôpital Saint-Jacques consacrées aux militaires, salles qui sont très bien tenues et pourraient servir de modèle à beaucoup d'hôpitaux civils. On concevrait difficilement que des administrateurs civils traitent plus mal leurs concitoyens malades que les

(1) Nous avons pour notre part gardé le souvenir très net d'un épiphora de ce genre chez un ataxique, mais le cas était moins pur, car chez ce malade il existait une paralysie des muscles moteurs de l'œil et probablement aussi un certain degré de parésie dans le domaine du nerf facial. — P. M.

(2) Voir *Progrès médical* nº 12, p. 232 et 240 ; — nº 16, p. 312 ; nº 18, p. 354 et 360 ; — nº 21, p. 431.

(1) A Remiremont on envoyait autrefois les vénériennes à Epinal; on n'y a pas trouvé d'avantages et on a installé une salle spéciale de dix lits *qui n'a pas servi depuis* QUINZE *mois*. « Mais, nous a dit la sœur qui n'a point paru s'en plaindre, MM. les médecins sont si adroits dans leur diagnostic, qu'ils mettent les vénériennes dans les autres salles. » Nous ne pouvons qu'adresser nos félicitations aux médecins de l'hôpital-hospice de Remiremont de ne considérer les vénériennes que comme des malades.

militaires, si l'on ne connaissait le rôle des congrégations religieuses dans les hôpitaux de province, en face de commissions administratives composées, en général, de braves gens, mais qui ne connaissent absolument rien aux choses de l'assistance publique. B.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.

Pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses à East Riding Asylum, Beverley (Angleterre).

Les plans du pavillon, représentés dans les *figures* 39 et 40 sont dus à MM. Smitz et Brodrick, architectes et ont reçu l'approbation du Secrétaire d'Etat par l'intermédiaire des Commissaires en aliénation mentale. Ce pavillon est situé à 118m, au S. E. de l'Etablissement, dans le site le plus convenable par rapport à l'asile.

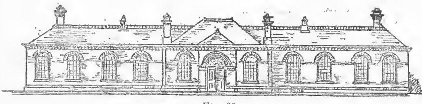


Fig. 39.

Le pavillon pourra recevoir 14 malades (7 hommes et 7 femmes), soit environ 5 pour 100 de la population. Au centre, existent un vestibule, des cabinets pour les infirmières, un magasin pour les provisions, la cuisine, les lavabos, une buanderie, etc. Au-dessus de la cuisine et de la laverie se trouvent 2 chambres à coucher pour le personnel. A la buanderie on a ajouté une étuve pour désinfecter les habits par la chaleur. (*Fig.* 40, 12, 13, 14, 15, 16 et 17).

Le pavillon a un étage et comprend de chaque côté un dortoir de 5 lits, 1,1, et 2 chambres à un lit. Chaque moitié est séparée par la partie centrale où se trouve le vestibule ou *hall*, (*Fig.* 40, 2); deux couloirs, où se trouvent les cabinets pour les infirmières, 5,5, et pour les approvisionnements, 4,4; d'où il suit que la séparation des deux sexes est suffisante, dans le cas où il y aurait en même temps des malades dans le pavillon des hommes et des femmes. Les dortoirs ont 14 pieds de hauteur, sont bien éclairés de chaque côté et chauffés par des foyers ouverts, servant aussi à la ventilation qui est complétée par des ventilateurs de Boyle dans le toit pour rejeter l'air impur et des conduites dans les parois des murs pour amener l'air frais. Il y a, à l'extrémité la plus éloignée de chaque dortoir, un passage sur lequel s'ouvrent 2 chambres à un lit chauffées par un poêle placé à l'angle de la cloison intermédiaire (*fig.* 40; 19,19) et séparés par des cloisons en briques creuses.



Fig 40.

En arrière de chaque dortoir se trouve une annexe contenant une baignoire, des closets et le vidoir (*fig.* 40, 10,11). L'annexe est séparée des salles par un passage muni de fenêtres de chaque côté afin d'empêcher l'entrée de l'air des closets dans les salles. Les closets sont du système à terre sèche, mais leur disposition est également convenable pour le système à eau (waterclosets). L'eau chaude pour les bains est fournie par un bouilleur en rapport avec la cheminée de la cuisine.

Le pavillon qui a bon aspect est construit en briques rouges et à parois creuses. Les effets ornementaux consistent en lignes et arcs de briques blanches et les chêneaux sont façonnés de manière à s'harmoniser avec le bâtiment principal. Le toit est planchéié et feutré sous les ardoises, ce qui fera que le bâtiment sera plus chaud en hiver et plus frais en été. La dépense s'élèvera à 1,600 livres (40,000 fr.) ou environ 114 livres (2,850 fr.), par lit. (Dr Mac Leod. — *The Journal of mental Science*, avril 1887, p. 48).

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique et théorique de la lèpre; par Henri Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Paris, 1886. Aux bureaux du *Progrès médical*, et chez Delahaye et Lecrosnier.

Il y a peu de médecins qui se fassent une idée bien nette de la lèpre tuberculeuse et de l'importance que peut présenter encore l'étude de cette maladie, que nous nous sommes habitués à considérer comme éteinte. Le travail de M. Leloir sera, pour beaucoup, une véritable révélation. Il suffirait, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur la curieuse mappemonde qui termine son ouvrage et qui montre au lecteur la distribution géographique de la lèpre. On y voit que dans près d'un tiers de la terre habitée, la lèpre est encore endémique; on voit, marqués par des teintes rouge foncé, de nombreux foyers intenses de cette maladie, et on peut constater qu'en dehors de ses foyers anciens elle en peut créer de nouveaux, comme le prouve l'épidémie de lèpre des îles Havaï (ou Sandwich). Dans ces îles, la lèpre, rare ou inconnue avant 1848-1850, apparut vers cette époque, sous forme de cas isolés, et, se développant peu à peu, finit par atteindre 4.000 personnes sur une population totale de 45.000 habitants, soit 8 à 9 0/0.

Ce fait remarquable montre qu'un retour offensif de la lèpre dans l'Ancien-Monde n'aurait rien d'impossible; que, par conséquent, les médecins, sans parler du très grand intérêt scientifique que présente l'étude de cette curieuse maladie, peuvent être appelés à la combattre, à conseiller contre elle des mesures prophylactiques, en un mot, doivent la connaître.

M. Leloir nous donne des exemples curieux de l'indifférence des médecins pour la lèpre dans certains pays où elle est endémique comme dans l'Inde et en Amérique. Dans certains pays où il y a des milliers de lépreux, les médecins ne les ont point étudiés et sont incapables de diagnostiquer leur maladie. Nous avons été nous-même récemment témoins d'un fait de ce genre. Un Français qui a contracté la lèpre au Texas fut considéré et traité comme syphilitique par tous les médecins du pays qu'il consulta. Or, ce malade, actuellement frappé de lèpre tuberculeuse à marche rapide, avait présenté d'abord la forme maculeuse et anesthésique en même temps qu'une léproïde bulleuse d'une main et d'un avant-bras. Ce membre, actuellement déformé, atrophié et impotent semble avoir été la porte d'entrée de la maladie.

Le Traité de M. Leloir est un véritable travail de bénédictin basé principalement sur l'étude de nombreux lépreux norvé-

giens examinés au cours d'une mission scientifique confiée à l'auteur en 1884.

Non content des matériaux qu'il avait recueillis en Norvège, M. Leloir alla ensuite étudier la lèpre dans un autre foyer sur les bords de la Méditerranée, à l'hospice de San-Remo ; enfin, il se mit en rapport avec tous les médecins, à lui connus, qui s'étaient occupés de la lèpre et put ainsi réunir 88 observations inédites de lèpre soit tuberculeuse soit anesthésique (ou systématisée nerveuse).

La division adoptée par M. Leloir est la suivante : Il décrit d'abord une période prodromique qui n'est point sans analogie avec ces symptômes généraux que l'on observe fréquemment au début des accidents secondaires de la syphilis, principalement chez la femme.

Puis il étudie successivement les deux principales formes de la lèpre, c'est-à-dire la lèpre tuberculeuse et la lèpre systématisée nerveuse (lèpre anesthésique, *lepra nevrosum*). Enfin il étudie les formes mixtes.

D'intéressants chapitres sont consacrés à l'exposition complète de ce que l'on sait sur l'anatomie pathologique, l'étiologie, le traitement de la lèpre. L'histoire et la géographie de la lèpre, auxquelles nous faisions allusion dès le début de cet article, sont aussi traitées complètement et apprennent aux lecteurs étonnés qu'il y a encore en France un certain nombre de cas de lèpre nostras sur les bords de la Méditerranée.

Sans nous astreindre à suivre pas à pas M. Leloir, examinons les principaux faits qu'il nous enseigne dans un style quelquefois un peu précieux, mais toujours d'une clarté parfaite.

La lèpre est une maladie bacillaire, comme l'a montré Armauer Hansen, de Bergen (Norvège), en 1874. Le bacille de la lèpre, très voisin de celui de la tuberculose et colorable par les mêmes méthodes, se trouve en grande quantité dans les tubercules de la peau (léprômes de Leloir). Lorsqu'il atteint le système tégumentaire, il donne naissance à la forme tuberculeuse ; lorsqu'au contraire il atteint le système nerveux (très probablement toujours les nerfs périphériques, à l'exclusion des autres), il donne lieu à la lèpre trophonévrotique ou anesthésique ou systématisée nerveuse de Leloir. Cette dernière dénomination nous paraît excellente, bien qu'un peu longue. La présence du bacille dans cette dernière forme de la lèpre n'a pas été constatée sans peine. On l'y a longtemps cherché en vain. Cependant Hansen l'a trouvé dans un ganglion et Cornil et Babès dans la gaîne d'un nerf épaissi. Ces recherches prouvent donc l'unité de nature de la lèpre, unité déjà établie par la clinique et par l'observation de la forme mixte ou de la transformation de la lèpre tuberculeuse en lèpre systématisée nerveuse.

La lèpre systématisée nerveuse est moins grave que la lèpre tuberculeuse en ce qu'elle laisse vivre le malade plus longtemps et peut durer vingt, trente et même quarante ans avant d'entraîner la mort ; mais la mort n'est pas moins la terminaison fatale, et la guérison, si elle existe, comme le pensent quelques médecins norvégiens, constitue une exception infiniment rare.

La physionomie si caractéristique des lépreux, soit tuberculeux soit trophonévrotiques, est reproduite par M. Leloir dans une série de dessins et de photographies, dont quelques-unes sont d'une vérité tellement frappante qu'elles suffiraient peut-être pour faire diagnostiquer la lèpre à un médecin qui n'en aurait encore jamais vu. Cette physionomie varie, du reste, selon les pays et nous nous souvenons avec quel étonnement nous avons vu, en 1884, les physionomies des lépreux blancs de Bergen, alors que nous ne connaissions encore que les lépreux bruns venant des pays chauds que l'on a occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis.

La lèpre étant une maladie incurable, les efforts du médecin devront surtout se tourner vers la prophylaxie de cette terrible affection ; on devra chercher à la faire disparaître, et, pour cela, nous ne sommes pas sans moyens d'action, puisque nous savons que nos pères ont réussi à s'en débarrasser par de simples mesures de police. Néanmoins nous devons essayer de connaître à fond l'ennemi que nous avons à combattre et surtout ses conditions de développement. C'est pourquoi l'étiologie de la lèpre mérite de nous arrêter un peu. Il n'y a malheureusement rien de plus obscur que cette étiologie. Le froid, le chaud, l'alimentation avec de mauvais poisson, les salaisons, la charcuterie, la malpropreté, la promiscuité, tout a été invoqué comme cause de lèpre, et, sauf les deux dernières conditions, c'est-à-dire la malpropreté et la promiscuité, rien ne prouve que les autres causes citées y soient pour quelque chose. Le bacille devrait nous aider à trancher la question ; mais, nous dit excellemment M. Leloir, il faut trois conditions pour qu'une maladie soit réputée parasitaire :

1° Qu'elle soit inoculable ; 2° qu'on trouve le parasite ; 3° que ce parasite, à l'état de culture pure, reproduise la maladie.

Or, jamais la lèpre n'a pu être inoculée. De nombreuses expériences, dues à Danielssen et à quelques autres, expériences que l'on ne pourrait guère se permettre de répéter actuellement, ont toujours donné un résultat négatif. Donc si la lèpre est bien la fille du bacille, comme nous le croyons tous fermement, il faut, pour qu'un homme contracte cette maladie, ou bien qu'il soit dans des conditions de réceptivité spéciale que nous ne connaissons pas, ou bien que le bacille soit à un état particulier de culture ou de développement que nous ne connaissons pas davantage.

L'expérience étant négative, comme on vient de le voir, quels enseignements nous donnera la clinique?

A ce point de vue, deux théories se trouvent en présence : les uns tiennent pour l'hérédité, les autres pour la contagion. Si l'hérédité peut jouer un certain rôle comme cause prédisposante, elle est loin d'exposer fatalement à la lèpre les descendants des lépreux, car, dans les pays d'endémie, M. Leloir a constaté nombre de fois la santé parfaite des descendants, alors que les ascendants étaient l'un ou l'autre malades ; il a fait également la constatation inverse. D'autre part, il est hors de doute que des Anglais, des Français, des Allemands ont contracté la lèpre en Asie ou en Amérique et n'y étaient nullement prédisposés par l'hérédité, puisqu'ils étaient issus de pays absolument indemnes.

M. Leloir penche donc pour la contagion. En Norvège, les médecins sont partagés et tiennent, les uns pour l'hérédité, les autres pour la contagion.

En tout cas, on ne peut pas dire que la lèpre soit *très contagieuse*, car il y a des exemples de ménages dans lesquels l'époux sain a continué de cohabiter pendant plusieurs années avec l'époux lépreux et est cependant demeuré indemne. Il faut donc, pour contracter la lèpre, se trouver dans certaines conditions, qui, je le répète, nous échappent encore complètement.

La question du traitement de la lèpre est encore assez obscure pour qu'il soit impossible de tracer nettement une ligne de conduite au praticien. On sait mieux ce qu'il ne faut pas faire que ce qu'il faut faire. Ainsi M. Leloir nous enseigne que les lépreux supportent très mal les mercuriaux. Dans quelques cas où la lèpre fut prise pour de la syphilis, on vit les accidents s'exaspérer sous l'influence du traitement spécifique. Unna, de Hambourg, a cru guérir une lépreuse en lui donnant l'ichthyol intus et extra et en faisant alterner ce traitement avec l'emploi de pommades à la résorcine et à la chrysarobine.

En un mot, le traitement de la lèpre en est encore à la période de tâtonnements. Les quelques lignes que l'on vient de lire ont pu montrer, croyons-nous, que l'étude de la lèpre a une importance plus grande qu'on ne serait tenté de le croire de prime abord.

Le magnifique ouvrage de M. Leloir est sans doute le meilleur guide que l'on puisse suivre actuellement pour arriver à une connaissance complète de cette affreuse maladie.

D[r] A. Malherbe.

Du strophantus hispidus dans les maladies du Cœur ;
par V. Bowditch.

Cette plante est originaire d'Afrique où elle est employée par les indigènes pour empoisonner les flèches. Elle appartient au même groupe que la digitale. C'est Fraser qui l'a expérimenté le premier ; ses expériences sont complètement rapportées dans le *British medical Journal* du 14 nov. 1885. Elle a une action différente de la digitale sur les fibres striées et sur le cœur. A dose de poison elle augmente la systole cardiaque et la rend presque continue. Il y a paralysie consécutive du cœur et presque rigidité cadavérique.

D'après ses expériences cliniques et physiologiques Fraser est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Le strophantus aug-

mente la force de la systole cardiaque et en même temps diminue la rapidité de l'action du cœur; 2° Il a peu ou pas d'effet sur les vaisseaux ; 2° Il cause moins de troubles gastro-intestinaux que la digitale ; 4° Il possède comme elle des propriétés anti-pyrétiques et diurétiques ; 5° Comme elle il n'accumule pas ses effets ; 6° On ne peut en user qu'à petites doses Fraser l'a expérimenté sous forme de teinture en doses variant de 10 à 20 gouttes, deux ou trois fois par jour, et en injection sous-cutanée de Strophantine de 0,001 milligrammes,

Dans le *New York medical Record* du 18 déc. 1886. Dana a fait connaître les premières observations parues en Amérique. Les résultats montrent que le strophantus employé comme on vient de le dire est une acquisition de valeur pour la pharmacopée et peut servir lorsque la digitale a été inefficace. Enfin Bowditch, d'après un petit nombre d'observations personnelles,conclut aussi en faveur du strophantus comme succédané de la digitale quoiqu'il n'ait pu l'employer qu'en teinture (*Boston med. and Surg. Journal.*, 1887, p. 255). SOLLIER.

VARIA

Les internes de M. Charcot à la Salpêtrière (1862-1881.)

Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, l'élection à l'Institut de M. le professur Bouchard. Le choix fait par l'Académie des sciences a répondu au vœu de la grande majorité du public médical, qui suit avec intérêt les beaux travaux de l'éminent professeur de pathologie générale. Au moment où vient s'asseoir, à l'Académie, à côté de son maître, M. le professeur Charcot, l'un des plus anciens, et aujourd'hui le plus illustre, des élèves de l'Ecole de la Salpêtrière, il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil en arrière et de regarder ce que sont devenus les autres élèves de cette Ecole, ceux qui, depuis 1862, se sont succédés comme internes dans le service de M. Charcot. L'énumération est instructive, nous la faisons sans commentaires :

1862. M. Soulier, professeur à la Faculté de Lyon.
1863. M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux.
1864. M. Bouchard, membre de l'Institut.
1865. M. Cotard, l'aliéniste bien connu, vice-président de la Société médico-psychologique.
1866. M. Bouchard (2e année.)
1867. M. Lépine, professeur de clinique à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux de Paris.
1868. M. Bourneville, médecin aliéniste de Bicêtre.
1869. M. Joffroy, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.
1870 et 1871. M. Michaud, chirurgien des hôpitaux de Lyon, enlevé prématurément à la science.
1872. M. Hanot, agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.
M. Gombault, médecin des hôpitaux de Paris.
1873. M. Debove, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.
1874. M. Pierret, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
1875. M. Raymond, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.
1876. M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.
1877. M. Oulmont, médecin des hôpitaux de Paris.
1878. M. Richer, dont on connaît les belles recherches sur l'hystéro-épilepsie.
1879. M. Brissaud, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.
1880. M. Ballet, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.
1881. M. Féré, médecin aliéniste de Bicêtre.

La liste pourrait être allongée, si nous voulions y joindre le nom des élèves, plus récents, de M. Charcot, déjà connus par leurs travaux, et qui, s'ils ne sont pas encore devenus des maîtres, sont en voie de le devenir à leur tour.

Cette longue nomenclature est loin d'être dépourvue d'intérêt. Elle montre l'influence bienfaisante que peut avoir sur les intelligences, à une certaine époque de leur développement, une bonne discipline intellectuelle. Si tous ceux qui, depuis vingt-cinq ans, se sont succédés à la Salpêtrière, sont arrivés, quelques-uns à l'illustration, les autres à la notoriété médicale, tous à des situations élevées, c'est moins parce qu'ils ont été choisis avec sagacité, que parce qu'ils ont trouvé, dans cette atmosphère, où tous ont vécu, des conditions singulièrement favorables au travail, une liberté d'allures qui a permis à chacun de se diriger là où le portaient ses tendances et la tournure de son esprit, une incitation constante aux recherches originales et personnelles, enfin les secours qu'apporte au chercheur une direction sûre et libérale dont ceux-là seuls peuvent apprécier la valeur, qui ont eu la bonne fortune d'avoir *un maître*.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1886, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	16	13	2	31
2e	18	30	8	56
3e	30	37	8	75
4e	24	62	15	101
5e	10	44	7	61
6e	27	38	9	74
7e	10	32	11	53
8e	15	7	»	22
9e	28	24	1	53
10e	18	36	7	61
11e	81	116	36	233
12e	35	42	9	86
13e	30	77	23	130
14e	50	70	24	144
15e	48	87	25	160
16e	17	10	4	31
17e	27	76	20	123
18e	46	88	28	162
19e	56	54	21	131
20e	61	103	46	210
	647	1046	304	1997

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	130	Affect. cérébrales, Paralysies. . . .	86
Croup	47	Eclampsie. Convuls.	64
Coqueluche. . . .	11	Névralgies	45
Corps étrangers de l'œsophage . . .	3	Névroses	72
B		Epilepsie.	20
Asthme	64	Aliénation mentale.	12
Affections du cœur.	71	Alcoolisme. Delirium tremens. .	27
Bronchites aiguës et chroniques. . .	125	Chorée.	0
Pleuro-pneumonie.	98	Tétanos	0
Congestion pulmonaire	26	**F**	
C		Rhumatisme . . .	33
Affections et troubles gastro-intestinaux	117	Affections éruptives	73
Cholérine.	20	Fièvre intermitt. .	3
Dysenterie	2	Fièvre typhoïde. .	34
Athrepsie et choléra infantile. . .	14	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	65
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	71	**G**	
Hernie étranglée .	10	Plaies. Contusions.	88
Rétention d'urine .	27	Fractures. Luxations. Entorses .	36
Orchite	2	Brûlures	4
Tœnia	1	Empoisonnements.	17
Fistule à l'anus . .	1	Asphyxie par le	8
D		charbon	10
Métrite. Métro-péritonite	59	— submersion.	1
Métrorrhagie . . .	44	Suicide	3
Fausse-couche . .	63	**H**	
Accouc. Délivrance	203	Mort à l'arrivée du médecin	63
Accouc. non terminé	33	Total. . . .	1997

La moyenne des visites par nuit est de 22 19/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22 25/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 52 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 1er trimestre de	1886 . .	2.012
— —	1887. . .	1.997
Différence en moins.		15

Monument à Daviel.

Nous rappelons à nos lecteurs que les souscriptions pour élever un monument à Daviel, l'un des plus grands chirurgiens du XVIIIe siècle et le créateur de l'opération d'extraction de la cataracte, sont reçues chez le trésorier du Comité, M. le Dr Brun, 23, rue d'Aumale, à Paris. L'Administration du *Progrès médical* se charge de transmettre au Comité les souscriptions qui lui seront adressées.

Second meeting international contre l'abus des boissons alcooliques. — *Zurich* (Suisse).

Dans la dernière séance du meeting international d'Anvers contre l'abus des boissons alcooliques, en 1885, un comité permanent a été nommé à l'effet d'organiser deux ans plus tard une nouvelle réunion internationale. Après des négociations diverses, le comité permanent a décidé que la prochaine réunion internationale aurait lieu les 9 et 10 septembre 1887 à Zurich (Suisse). Un comité local s'est formé dans cette ville pour réaliser notre projet qui a reçu le meilleur accueil du conseil municipal et des habitants de Zurich. Le comité attire l'attention sur quelques sujets qui lui paraissent avoir une importance capitale : I. *Du monopole des boissons spiritueuses*; *son utilité au point de vue de la lutte contre l'alcoolisme*; *son meilleur mode d'application*. II. *Comparer l'unité nutritive des boissons alcooliques à celle des autres boissons et des aliments en général*. III. *Des résultats pratiques obtenus dans les différents asiles pour alcoolisés*. IV. *Rapports statistiques sur les consommations proportionnelles des diverses denrées débitées dans les coffee-houses, salles de rafraîchissements et autres débits de boissons non alcooliques.* Le comité permanent exprime également le vœu de voir organiser, à l'occasion de la prochaine assemblée internationale, une exposition de tout ce qui se rattache à la question de l'alcoolisme.

La sciure de bois comme substance à pansements.

M. H.-O. Thomas vient de publier un travail sur la sciure de bois, en tant que matière à pansements. Il prend de la sciure ordinaire, dépouillée naturellement de tous les petits fragments pointus ou anguleux qui s'y trouvent souvent; il l'humecte d'une matière médicamenteuse antiseptique et l'emploie sèche ou humide, selon les circonstances. Pour lui donner des propriétés antiseptiques, il emploie tantôt de l'eucalyptol et de l'acide phénique, tantôt de l'acide pyroligneux et du bi-chlorure de mercure. Dans les cas de fracture avec plaie, la sciure rend un service double ; elle absorbe les liquides de la plaie, et sert à maintenir l'immobilité ; elle sert de lit, de support à la partie blessée qui repose sur elle sans fatigue. M. Thomas emploie la sciure de bois pour toutes les plaies possibles et déclare s'en trouver fort bien. Il semble qu'en effet la sciure doit présenter des propriétés absorbantes notables ; elle est facile à manier et il doit être plus aisé de remplacer quelques poignées souillées par le pus et le sang, que de refaire un bandage entier et de remettre de la ouate ou de la charpie. Nous avions déjà de la laine et du papier de bois; voici la charpie de bois. (*Revue scientifique*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 6. — 2e *Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Mathias-Duval, Grancher, Quenu, 9 h.; — 2e *Série* : MM. Cornil, Marc Sée, Peyrot; — 3e *Série* : MM. Troisier, Marchand, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Blum, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Le Fort, Pinard, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Reclus, Budin ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Debove. 1 h.—2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*: MM. Lannelongue, Blum, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Damaschino, Rémy, Reynier. 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Guyon, Pinard, Segond ; — 2e *Série* : MM. Reclus, Marchand, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Potain, Rendu. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Straus.

MARDI 7. — 9 h. 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Proust, Hanot (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Marchand, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Potain, Peter, Quinquaud. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Farabeuf, Blum, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Rémy, Marc Sée, A. Robin. — 1 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Humbert; — 2e *Série* : MM. Cornil, Marc Sée, Quenu ; — 3e *Série* : MM. Panas, Grancher, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Proust, Troisier, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Ball, Hanot.

MERCREDI 8. — 9 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série*: MM. Duplay, Rémy, Segond ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Marc Sée, Humbert ; — 3e *Série* : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Reclus, Campenon. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Necker) : MM. Le Fort, Marchand, Peyrot; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Cornil, Grancher, Debove ; — 2e *Série* : MM. Ball, Dieulafoy, Joffroy. — 1 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Rémy, Reynier. (2e partie) : MM. Charcot, Hayem, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Pinard, Reclus, Segond ; — 2e *Série*: MM. Marchand, Blum, Budin ; — (2e partie) : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy.

JEUDI 9. — 9 h. 2e *de Doctorat*, or. (1re partie), 1re *Série*: MM. Farabeuf, Rémy, Segond ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Marc Sée, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Marchand, Kirmisson. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Pitié), 1re *Série* : MM. Guyon, Panas, Budin ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Blum, Richelot ; — (2e partie) : MM. Jaccoud. Fournier, Rendu. — 1 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Panas, Mathias-Duval, Quenu; — 2e *Série* : MM. Ball, Farabeuf, Bouilly ; — 3e *Série* : MM. Duplay, Marc Sée, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Richelot ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Troisier, Hanot. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Brouardel, Proust, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Joffroy.

VENDREDI 10. — 9 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. G. Sée, Rémy, Segond ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Reclus, Blum, Budin ; — 2e *Série* : MM. Marchand, Marc Sée, Peyrot; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Damaschino, Troisier, A. Robin ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Debove. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Pinard, Richelot ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Potain, Ball, Hallopeau. — 1 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Damaschino, Marchand, Reynier; — 2e *Série* : MM. Fournier, Blum, Kirmisson ; — 3e *Série* : MM. Guyon, Reclus, Straus ; — (2e partie), 1re *Série* : MM. Charcot, Hayem, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Rémy, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Pinard, Segond.

SAMEDI 11. — 9 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Fournier, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Marchand, Rémy, Peyrot. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Brouardel, Hayem, Quinquaud; — 2e *Série* : MM. Dieulafoy, Troisier, Rendu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Blum, Budin ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Campenon ; — (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Lannelongue, Segond ; — 2e *Série* : MM. Pinard, Reclus, Terrillon ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Proust, A. Robin. — 1 h. 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Peyrot; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Panas, Bouilly; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Troisier, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Peter, Ball, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Debove.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi 7. — M. De Nesslern. Contribution à l'étude de l'influence de l'alcool sur la pepsine. — M. Camus. Du traitement radical du cancer du gros intestin par la colectomie avec entérorrhaphie après laparotomie. — *Mercredi* 8. — M. Grenet. De la sarcomatose rectale. — M. Martel (Félix). Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — *Vendredi* 10. — M. Rouffet. De l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde à l'hôpital maritime de Cherbourg. — M. Nicoletis. Opération de Récamier. Indications et contre-indications. — *Samedi* 11. De la phlébite dans le rhumatisme blennorrhagique. — M. Gaud. De la rétinite brightique sans albuminurie.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil pour injections gazeuses rectales.

M. Cornil a présenté à l'Académie de médecine, au nom du Dr FAUCHER, ancien interne des hôpitaux, un appareil pour pratiquer les injections gazeuses suivant la méthode du Dr Bergeron.

Cet appareil, construit par M. Collin, se compose : 1° D'un flacon A qui reçoit l'eau sulfureuse et un paquet de bicarbonate de soude ; 2° D'un réservoir B que l'on emplit de bisulfate de soude ; ce réservoir est fixé à un tube de dégagement qui traverse un bouchon de caoutchouc fermant l'appareil : 3° D'un tube de caoutchouc terminé par une canule.

Pour faire fonctionner l'appareil, on fait plonger la partie inférieure du réservoir dans l'eau alcaline en poussant la tige T. Le dégagement du gaz s'opère lentement, il pénètre dans l'intestin lorsque la pression est devenue suffisante. Si l'on veut arrêter le dégagement du gaz, on soulève le réservoir hors de l'eau en tirant

sur la tige T. Le fonctionnement de l'appareil est donc automatique ; le dégagement du gaz est assez lent pour ne pas donner de distension, la quantité en est réglée par la dose des sels employés ; les malades peuvent facilement manœuvrer eux-mêmes l'appareil.

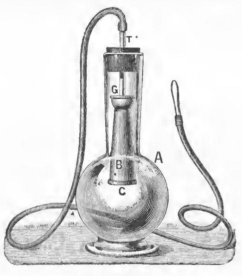


Fig. 41.

Cet instrument a été essayé dans le service du Dr Lecorché, où un malade s'en est servi près de trois mois et a présenté une notable diminution de la toux et de l'expectoration. M. Cornil a constaté aussi à l'hôpital combien était facile la manœuvre de cet appareil.

Nous avons vu, à la Maison Dubois, fonctionner cet appareil qui marche avec une grande régularité. On remarquera la simplicité du mécanisme; d'ailleurs l'inventeur, on le sait, n'en est pas à son coup d'essai. (M. B.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 mai 1887 au samedi 28 mai 1887, les naissances ont été au nombre de 1167, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 464 ; illégitimes, 151. Total, 615. — *Sexe féminin* : légitimes, 429 ; illégitimes, 123. Total, 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 mai 1887 au samedi 28 mai 1887, les décès ont été au nombre de 1114 (1), savoir : 568 hommes et 546 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7. T. 16. — Variole : M. 5, F. 8, T. 13. — Rougeole : M. 22, F. 22. T. 44. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 6, F. 5. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 17, F. 26, T. 43. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 127, F. 71. T. 198. — Autres tuberculoses : M. 16. F. 12. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 11. T. 13. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 26. T. 38. — Méningite simple : M. 18, F. 24. T. 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 26. T. 43. — Paralysie : M. 5, F. 3. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4. F. 4. T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 27. T. 53. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 17 T. 37. — Bronchite chronique : M. 22, F. 18. T. 40. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 13. T. 19. — Pneumonie M. 30, F. 31. T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 24. T. 49. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 10. T. 23. — Autres gastro-entérite : M. 3, F. 4. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10. F. 11, T. 21. — Sénilité : M. 11, F. 14. T 25. — Suicide : M. 11, F. 4. T. 15. — Autres morts violentes : M. 33, F. 44 (1). T. 77. — Autres causes de mort : M. 92. F. 70. T. 162. — Causes restées inconnues : M. 5. F. 5. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 82 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 32, illégitimes, 13. Total : 45. — *Sexe féminin :* légitimes, 18 ; illégitimes, 19. Total : 37.

(1) Plus 12 personnes restées inconnues trouvées dans les décombres de l'Opéra-Comique.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté ministériel, en date du 20 mai 1887, un concours s'ouvrira le 21 novembre 1887, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Faculté de médecine de Nancy. — *Concours pour une place de chef de clinique chirurgicale.* — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine, le mardi 12 juillet 1887, à huit heures du matin. Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant soutenu les cinq premiers examens de doctorat à la condition d'être docteur dans les six mois. Un traitement annuel de 1.200 francs est attaché à ces fonctions. Les épreuves consisteront : 1° En une composition écrite sur un sujet de pathologie externe, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction. 2° En épreuves cliniques : Examen de deux malades du service chirurgical (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade) ; compte rendu oral, d'une demi-heure au plus, après un quart d'heure de préparation. 3° Une épreuve pratique de médecine opératoire et de déligation. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, cinq jours avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 12 décembre 1887, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pharmacie et matière médicale, près l'Ecole de médecine de Besançon.

Ecole de médecine de Poitiers. *Concours pour une place de professeur suppléant.* — Un concours pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de Poitiers a eu lieu le 1er juin, à Bordeaux, à 10 heures du matin. Les juges de ce concours étaient : MM. les professeurs Bouchard, Oré, Planteau, Jolyet et Ferré. — Les candidats inscrits étaient : MM. les Drs Brossard, Buffet, Delmas.

Universités étrangères. — *Ecole de médecine de Londres.* M. le Dr Crooshank, auteur d'un bel ouvrage de bactériologie, vient d'être nommé professeur de bactériologie au King's College de Londres. — *Faculté de médecine de Pise.* M. C. Minoti, professeur d'accouchements, vient d'être nommé directeur de l'Institut d'obstétrique. — *Faculté de médecine de Berlin.* M. le Pr Henoch va être remplacé à la clinique des Enfants par M. le Pr Sevator.

Concours du Bureau central de médecine. — Deuxième épreuve : les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : *Diagnostic différentiel des hémianesthésies ; — Diagnostic différentiel des angines ulcéreuses ; — Varicelle.*

Congrès des sociétés savantes. — Le congrès des Sociétés savantes s'est ouvert à la Sorbonne le mardi 31 mai à midi et demi. Un grand nombre de savants venus de toutes les parties de la France, assistait à la séance d'inauguration. Ce Congrès comprend une section pour les sciences. La section des sciences du Congrès a pour président M. Faye ; pour vice-présidents : MM. Milne-Edwards, Mascar, Darboux ; pour secrétaires : MM. Vaillant et Angot. Suivant les usages, cette section s'est répartie en trois groupes comprenant : 1° les sciences mathématiques ; 2° les sciences médicales ; 3° les sciences physiques et naturelles. Les membres du bureau de cette dernière section sont : MM. Hébert, géologue ; Milne-Edwards, zoologiste ; Cotteau et de Saporta, paléontologistes, etc. ; les séances de cette section ont lieu dans l'Amphithéâtre d'histoire naturelle à la Sorbonne. On y traite surtout des questions relatives à l'histoire naturelle proprement dite ; quelques-unes cependant concernent la biologie. Le congrès dure cinq jours et sera terminé le 4 juin par une séance solennelle présidée par le Ministre de l'Instruction publique.

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès aura lieu à Toulouse du 22 au 29 septembre 1887.

Congrès hollandais des sciences physiques et médicales. Ce congrès se tiendra à Amsterdam le 30 septembre 1887 et sera présidé par M. le Pr Donders, d'Utrecht.

Hôpitaux de Paris. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter la construction, à l'hôpital de Lourcine, d'une baraque-annexe au service de chirurgie de l'hôpital Pascal, pour salle d'opérations, salle de spéculum et chambre d'isolement. Il a également voté la construction, à l'hôpital Lariboisière, d'un pavillon isolé pour les grandes opérations.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide natu-

raliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 5 juin 1887, à Grignon, Thiverval et Beynes. Rendez-vous : Gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra, à 7 heures *très précises*, le train pour Plaisir-Grignon. On sera rentré à Paris à 6 heures. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de Géologie et de verser le montant de la 1/2 place avant samedi soir à 4 heures.

La tumeur de Pendeh. — Les troupes russes cantonnées dans le territoire transcaspien souffrent, depuis près de trois ans, d'une maladie particulière désignée sous le nom de *tumeur de Pendeh*. C'est dans l'été de 1884 que, pour la première fois, quelques soldats placés sous le commandement du général Komaroff furent atteints de cette maladie de nature probablement contagieuse ; actuellement la proportion des malades dépasse les quatre cinquièmes du contingent total, et un grand nombre d'hommes sont absolument impropres au service. En présence de cette situation, le Gouvernement vient de charger une Commission médicale, qui a pour chef M. le Dr Raptschewski, privat docent à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, de se rendre sur les lieux pour faire uue enquête détaillée sur les causes de cette maladie et prescrire les mesures nécessaires pour arrêter les progrès de l'épidémie. (*Rev. de Clin. thér.*).

Manifestation des étudiants de la Faculté de Bordeaux a l'occasion de la nomination de M. Blarez a la chaire de chimie. — La semaine dernière a eu lieu à Bordeaux une belle et touchante manifestation. Les étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie, au nombre de 150 environ, offraient à l'un de leurs maîtres, M. le Dr Charles Blarez, un punch à l'occasion de sa nomination à la chaire de professeur de chimie. M. le doyen Pitres, dont il est inutile de redire ici le dévouement aux intérêts de la Faculté et à ceux des étudiants en particulier, assistait à cette soirée.

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros d'un journal qu'on vient de fonder au Canada et qui est intitulé: *La Gazette médicale* de Montréal. Il est rédigé en français par MM. les Drs Paquet, Hingston et Desjardins. — Nous venons de recevoir aussi le premier numéro d'un journal qui vient de paraître à Philadelphie : *The Word's medical Review*, rédigé par M. J. Schmidt. Nous souhaitons bon succès à nos confrères d'Amérique.

Nécrologie. — M, Lucien Jaltier, étudiant en médecine, décédé à Fleury (Yonne), à l'âge de 21 ans. — M. Laisné, étudiant en médecine, décédé à l'âge de 25 ans, à Jard (Vendée). — M. le Dr Bodeau, élève de la Faculté de Bordeaux.—M. le Dr Labbée, père (de Fismes), — M. le Dr Hubert, professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le Dr Jewell, professeur de psychiatrie au Médical Collège,à Chicago. — M. le Dr Hamernik, professeur en retraite à la Faculté de médecine de Prague.—M. le Dr Jaime y Vilar y Colom, directeur scientifique de la *Lanceta* de Barcelone.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Laennec. *Médecine.* — M. le professeur Ball. Lundi, mercredi, vendredi, leçons au lit des malades (jeudi et dimanche, leçons sur les maladies mentales à l'asile Sainte-Anne). — M. le professeur Damaschino Pathologie interne et maladies du système nerveux. Visite tous les jours à 9 heures du matin. — M. le professeur Cornil. Visite à 9 heures du matin. Démonstrations d'anatomie pathologique. — M. le Dr Ferrand. Clinique médicale et leçons de thérapeutique au lit du malade tous les jours à 8 heures et demie du matin. — *Chirurgie.* M. le Dr Kirmisson. Service chirurgical. Mercredi, clinique et opérations. Vendredi, spéculum. Samedi, maladies des yeux.

Hôtel-Dieu. — *Clinique ophtalmologique. Démonstrations d'anatomie normale et pathologique.* — M. Vassaux, chef du laboratoire, a commencé ces démonstrations (Amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu) le jeudi, 12 mai, à 4 heures ; il les continue les samedis et jeudis suivants à la même heure. Ces démonstrations sont faites au moyen de projections à la lumière électrique.

Hôpital Saint-Louis. *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier a repris le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 29 avril 1887, à 9 heures du matin (Hôpital St-Louis) ; il le continue les mardis et vendredis suivants, à la même heure.—*Ordre du cours* : Les mardis : Leçon au lit des malades ; les vendredis : Leçon à l'Amphithéâtre (10 heures) ; les jeudis : Leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par M. le Dr A.Darier, chef du laboratoire d'histologie. — M. Hallopeau : cours clinique des maladies syphilitiques, le samedi à 4 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

Baudouin (M.). — **Traitement des kystes hydatiques du foie. Nouvelles méthodes thérapeutiques.** Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 90 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Rondet (E). — L'espace demi-lunaire. Brochure in-8° de 36 pages.

Bétancés (R.-E.). — Uréthrotomie interne à l'aide de l'uréthrotome à bout coupé. Brochure in-8° de 14 pages, avec figures. — Corbeil, 1887. — Imprimerie J. Crété.

Fusier (M.). — Les prédestinés. Contribution à l'étude des maladies nerveuses et mentales. Brochure in-4° de 80 pages.—Paris, 1887. — Librairie Cotillon.

Ollier (M.). — De l'organisation de la chirurgie en France. Brochure in-8° de 16 pages. — Lyon, 1887. — Pitrat aîné, imprimeur.

Lœwenthal (W.). — L'enseignement actuel de l'hygiène dans les Facultés de médecine en Europe. Volume in-8° de 121 pages. Prix : 4 fr. — Paris, 1887. — Librairie H. Le Soudier.

Currier (A.-F.). — Some considerations concerning cancer of the Uterus, Especially its Palliative Treatment in its Later Stages. Brochure in-18° de 17 pages. Extrait du *New-York medical Journal*. — New-York, 1887. — Appleton and C°.

Parker (T.). — A new Clothing case for the Soldier. Brochure in-8° de 15 pages. — Newport, 1887. — Davis et Pitman.

Bombarda (M.). — A vaccina da raiva. Brochure in-8° de 57 pages. — Lisboa, 1887. — Typographica da Viuva Sousa Neves.

Carvalho (J.-P. de). — Causas das lesoes cardiacas no Rio-de-Janeiro. Brochure in-12° de 18 pages. — Rio-de-Janeiro, 1887. — Tip. A. Castro Silva et C°.

Schultz (B.-S.). — Lehrbuch der hebammenkunft. Volume in-8° de 376 pages, avec 96 figures. — Leipzig, 1887. — Verlag W. Engelmann.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER. place de l'Ecole-de-médecine.

Godon (Ch.). — La réforme de l'art dentaire, étude des projets de réforme en Belgique. Brochure in-8°.

Grasset (J.). — Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques, la fièvre pneumotyphoïde et la fièvre pneumopaludéenne. Brochure in-8° de 55 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Marigat de Treigny. — Etude sur les hernies du gros intestin considérée spécialement dans les régions inguinale et crurale. Volume in-8 de 183 pages.

Giuffré (L.). — Sulla corea del Sydenham note cliniche id esposizione d'una nuova teoria. Volume in-8 de 95 pages. — Palerme, 1886. — Tipografia Amenta.

Somma. (Al consiglio comunale di Napoli per.) Brochure in-8 de 20 pages. — Napoli, 1887. — Tipografico dell' unione.

Possa (S.). — Despre dilatatia Stomacului si a colonuilui iliac. Memoriu pontru concursul de medic primar al casci spitalelor St-Spiridion. Volume in-8 de 137 pages, avec figures. — Jasi, 1887. — Tipografia nationala.

Kast (A.). — Zur anatomie der cerebralen Kinderlähmuog. Brochure in-8 de 12 pages, avec 1 planche. Extrait des *Archiv für psychiatrie*. — Gedruckt Schumacher, à Berlin.

Sclonitzler (J.). — Ueber Anwendung und Wirkung des Cocain bei Kraukheiten der Nase, des Racheus und des Kehlkopfes. Brochure in-8 de 20 pages. — Wien et Leipzig, 1885. — Urban und Schwarzenberg.

Schnitzler (J.). — Tuberkulöse Tumoren im Kehlkopfe. Endolaryngeale Extirpation. Heilung. Brochure in-8 de 13 pages. — Wien und Leipzig, 1884. — Urban und Schwarzenberg.

Schnitzler (J.). — Der Gegeuwärtige Stand der therapie der Kehlkopf-und Lungentuberkulose. Brochure in-8 de 25 pages. — Wien und Leipzig, 1884. — Urban und Schwarzenberg.

Schnitzler (J.). — Weitere Beiträge zur Kenntniss der Kihlkopf und Lungensyphilis. Brochure in-8 de 16 pages. — Wien und Leipzig, 1886. — Urban und Schwarzenberg.

Schnitzler (J.). — Ueber Kropfasthma. Brochure in-8 de 11 pages. — Wien, 1877. — Urban und Schwarzenberg.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 24. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 JUIN 1887.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Note sur deux cas de procidence du cordon ombilical survenue en dehors du travail ;

Par **Ch. MAYGRIER**, accoucheur de la Pitié.

La procidence du cordon ombilical à travers les membranes rompues, son issue dans le vagin et même au dehors, est un accident qui ne se produit habituellement que pendant le cours de l'accouchement, alors que le col utérin est plus ou moins dilaté. Cependant, cette procidence peut aussi survenir avant tout début de travail. C'est évidemment là un fait rare, car nous ne l'avons pas trouvé signalé dans les traités classiques; et, dans les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites à ce sujet, nous n'en avons rencontré aucun exemple.

Ayant eu occasion d'observer deux cas de ce genre, il nous a paru intéressant de les publier, en raison même de leur rareté, et aussi à cause des considérations pratiques qui en découlent.

Voici d'abord nos deux observations.

Observation I. — *Rupture prématurée des membranes. Procidence du cordon ombilical avant le début du travail; mort du fœtus. Présentation du sommet; accouchement spontané à 8 mois environ.*

La femme G..., âgée de 21 ans, journalière, secondipare, entre le 31 décembre 1884, à 7 heures du soir, à la Maternité de l'hôpital Tenon.

Cette femme jouit d'une bonne santé habituelle; son premier accouchement a eu lieu à terme et spontanément. Elle fait remonter le début de la grossesse actuelle à 7 mois 1/2 ou 8 mois, sans pouvoir préciser la date de ses dernières règles. Elle déclare qu'*elle perd de l'eau depuis près de deux mois* ; mais elle n'a pas cessé de vaquer à ses occupations ordinaires. Le 31 décembre, à 5 heures du soir, étant à la garde-robe, elle s'aperçoit, au moment d'un effort, de l'issue brusque hors de la vulve d'une tige molle, arrondie, en forme d'anse. Une sage-femme appelée immédiatement reconnaît une chute du cordon. et envoie la femme à l'hôpital. Deux heures environ s'écoulent entre le moment de l'accident et l'entrée à la Maternité. Dès l'arrivée de la femme, la sage-femme de service constate qu'une anse de cordon de 20 centimètres environ fait saillie hors du vagin: le cordon est flasque et ne présente aucun battement.

A l'auscultation, on ne perçoit en aucun point ni les bruits du cœur, ni les mouvements actifs du fœtus; la femme dit avoir senti remuer son enfant quelques instants encore avant l'accident. Par le palper, on trouve le sommet dans la fosse iliaque droite, le dos à droite, les petites extrémités en haut et à gauche. Le toucher vaginal permet de remonter le long du cordon jusqu'au col, qui est encore long; l'orifice externe est resserré sur la tige funiculaire: le doigt n'arrive à travers le segment inférieur sur aucune partie fœtale. Le bassin est bien conformé.

Le fœtus ayant succombé, on n'essaye pas de réduire le cordon, ce qui d'ailleurs eut été rendu très difficile par l'état du col, et la malade est mise au lit. Elle n'éprouve aucune douleur, et la nuit s'écoule sans accidents. Le 1er janvier, à 8 h. 1/2 du matin, au sortir d'un bain, des contractions douloureuses surviennent et le travail se déclare. Le col s'efface et commence à se dilater; la tête arrive au détroit supérieur et le sommet s'engage en O I D P.

Le travail marche régulièrement, et, à midi 10 minutes, la femme accouche d'un garçon mort-né du poids de 2.730 gr. Dix minutes plus tard, le placenta et les membranes sont expulsés spontanément.

Le placenta était inséré au fond de l'utérus ; il pèse 575 gr. : le cordon part du centre du placenta; il a un volume ordinaire, mais une longueur exagérée, car il mesure 0 m 95 cent.

Suites de couches normales : la malade sort bien portante le 9 janvier 1885.

Obs. II. — *Rupture prématurée des membranes. Procidence du cordon avant le début du travail; mort du fœtus. Expulsion en présentation du siège, à 7 mois. Insertion marginale du placenta.*

La femme L..., âgée de 38 ans, journalière, multipare, entre dans le service d'accouchements de l'hôpital Tenon, le 11 février 1885. Elle a eu sept enfants avant terme et cinq à terme ; tous sont venus par le sommet et spontanément. Elle ignore la date de sa dernière époque menstruelle.

Elle se présente à l'hôpital parce que depuis plusieurs jours elle a perdu du sang et beaucoup d'eau, mais sans ressentir de douleurs.

L'examen direct donne les renseignements suivants : Le volume du ventre est celui d'une grossesse de 6 mois 1/2 à 7 mois: le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le fœtus est placé transversalement, et exécute des mouvements très vifs : les battements du cœur sont très nettement perceptibles et parfaitement réguliers. Le col est long, fermé ; le segment inférieur de l'utérus a une consistance molle et paraît assez épais : on n'arrive sur aucune partie fœtale. Le bassin est normal.

On met la malade au repos, et on la tient en observation. Le 12 février, elle est dans le même état qu'à son entrée; elle n'a pas de douleurs ; il n'y a pas de perte de sang ; mais il existe un écoulement d'eau continuel : l'odeur est celle du liquide amniotique, et il paraît évident que les membranes sont rompues. On continue à maintenir la malade en surveillance ; mais, au lieu de garder le lit, elle va et vient dans le service.

Le 15 février, à 3 heures de l'après-midi, elle se rend à la garde-robe, et, en faisant un effort de défécation, elle sent un corps mou sortir par le vagin : elle prévient la sage-femme de garde qui l'examine et constate qu'une anse de cordon de 10 centimètres, animée de battements, pend hors de la vulve.

La femme est immédiatement couchée ; le toucher vaginal est pratiqué et on arrive sur un col long, dont l'orifice externe est à peine perméable et ne permet pas l'introduction complète du doigt.

Des tentatives manuelles de réduction sont cependant pratiquées, mais elles demeurent infructueuses : aucun essai de réduction n'a été fait avec un instrument. Les battements du cordon ont persisté environ une demi-heure, puis se sont ralentis et ont disparu ; à ce moment, on cessa également de percevoir à l'auscultation les bruits du cœur. A 6 heures du soir, trois heures après le début de la procidence, quelques douleurs se font sentir ; le col commence à s'effacer et laisse passer le doigt qui arrive sur un pied. A 11 heures du soir, seulement, la femme entre franchement en travail : elle n'accouche que le lendemain matin à 6 heures d'une enfant mort-né, du sexe féminin, du poids de 1.385 gr. La délivrance a eu lieu naturellement un quart d'heure après l'accouchement. Le placenta était inséré près de l'orifice utérin, car l'un des bords de l'ouverture des membranes n'était distant du placenta que de trois à quatre centimètres. Le cordon avait une longueur normale.

Suites de couches régulières : départ pour le Vésinet le 2 mars.

Dans ces deux observations, le mécanisme suivant lequel s'est effectué le prolapsus du cordon a été iden-

tique. Certaines conditions favorables à une procidence existaient : rupture prématurée des membranes, petitesse du fœtus, absence d'engagement d'aucune partie fœtale, et, dans un cas, longueur inusitée du cordon ; mais il n'y avait aucun phénomène de travail. Dans ces circonstances, un effort de la femme a suffi pour déterminer l'issue du cordon à travers un canal cervical encore long, à peine perméable au doigt : ajoutons que chez les deux femmes cet effort a eu lieu pendant la défécation, et que la situation accroupie a dû favoriser encore la production de la procidence. Le travail ne s'est déclaré que plusieurs heures après l'accident, qui, dans les deux cas, a été fatal à la vie de l'enfant.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un fait semblable est-il possible d'intervenir efficacement pour empêcher le fœtus de succomber? On sait combien la réduction du cordon et son maintien dans l'utérus peuvent offrir de difficultés pendant le travail, alors que le col est déjà effacé et dilaté dans une certaine mesure; cette rétropulsion est souvent, ainsi que l'a dit Boër, un véritable travail des Danaïdes. On conçoit combien il doit être plus difficile encore d'opérer en dehors du travail, à travers un col canaliculé, qui a été pour ainsi dire forcé sous l'influence d'un effort, et dont la perméabilité est presque nulle. Toutefois, si l'on est auprès de la femme au moment où la procidence vient de se produire, le cordon battant encore, comme cela a eu lieu dans notre seconde observation, on devra essayer de sauver le fœtus d'une mort inévitable en refoulant le cordon dans l'utérus. Il nous semble que la meilleure méthode à suivre en pareil cas serait la suivante : placer la femme dans la situation génu-pectorale et tenter la réduction, non pas avec la main, ce qui serait impossible, mais avec un instrument de petit calibre tel qu'une sonde. On pourrait employer de préférence le procédé si simple de Dudan, qui permet de retirer la sonde, et avec lequel on n'a pas à craindre de provoquer le travail. Rappelons qu'il consiste à nouer autour du cordon une anse de fil peu serrée, à engager une partie de cette anse dans l'œil d'une sonde en gomme, et à l'y maintenir à l'aide d'un mandrin; puis, le cordon ainsi fixé, on essaye de le repousser doucement à travers le col jusque dans la cavité utérine : lorsqu'on a pu y parvenir, il ne reste plus qu'à retirer le mandrin d'abord pour libérer le cordon, et la sonde ensuite.

Les faits que nous venons de rapporter démontrent la possibilité d'une procidence du cordon avant tout début de travail. Cet accident, quoique rare, est donc à redouter toutes les fois qu'il y a, au cours de la grossesse, rupture prématurée des membranes, et on devra chercher à soustraire l'enfant à ce danger. Il est de règle de maintenir rigoureusement au repos les femmes chez lesquelles survient un écoulement prématuré de liquide amniotique, surtout si elles ne sont enceintes que de sept ou huit mois ; de plus, lorsqu'elles ont des contractions utérines, on leur prescrit des lavements laudanisés ou des injections sous-cutanées de morphine. On cherche ainsi à retarder le plus possible le moment de l'accouchement. Or, ce traitement est en même temps très efficace pour prévenir la chute du cordon; on recommandera en outre aux femmes d'éviter la constipation, et de ne faire aucun effort violent ou brusque. Enfin, si le fœtus n'est pas engagé, on ramènera par des manœuvres externes la tête au détroit supérieur, et on l'y maintiendra à l'aide d'une ceinture spéciale ou d'un bandage.

En agissant ainsi, on répondra à une double indication : gagner du temps et augmenter les chances de viabilité du fœtus ; prévenir une procidence du cordon qui exposerait presque fatalement le fœtus à la mort.

THÉRAPEUTIQUE

Hospice de la Salpêtrière. — **M. CHARCOT**

Sur le traitement de la migraine ophthalmique accompagnée ;

Par **GILLES DE LA TOURETTE** et **P. BLOCQ**.

Le but principal de ce travail est d'attirer l'attention sur la curabilité des accidents plus ou moins inquiétants qui accompagnent parfois la migraine ophthalmique, à l'aide d'un traitement imaginé et vulgarisé déjà depuis longtemps par M. Charcot, dans ses *Leçons cliniques*, traitement qui compte actuellement à son actif un nombre sérieux de succès thérapeutiques.

Avant de relater l'un de ces faits tellement démonstratif à ce point de vue qu'il nous a semblé digne d'être apporté *in extenso*, rappelons, en quelques lignes, d'après l'enseignement de notre maître et de son interprète dans la matière, M. Ch. Féré (1), les traits caractéristiques de cette affection ou mieux encore les formes qu'elle peut revêtir.

Constituant une entité séméiologique distincte, la migraine ophthalmique se différencie nettement des autres migraines par plusieurs signes qu'on pourrait dire spécifiques. M. Charcot en distingue deux variétés, non seulement au point de vue de la complexité des phénomènes, mais aussi quant à la gravité du pronostic. L'une, *migraine simple*, n'est constituée que par des douleurs de tête et des troubles visuels; l'autre, *migraine accompagnée*, offre, outre les signes précédents, de l'aphasie transitoire, des troubles sensitifs ou moteurs plus ou moins accentués du côté de la face et des membres.

Réduite à sa plus simple expression, c'est-à-dire à l'obnubilation passagère de la vue, sous forme d'hémiopie et de scotome scintillant, elle est une affection incommode et relativement gênante, si les attaques en sont fréquentes.

Mais, dès qu'elle est *accompagnée*, elle revêt des allures inquiétantes. En effet, lorsqu'il survient de l'aphasie, des sensations de fourmillement d'un côté du corps, ou encore des accidents parétiques, et même plus, des accès épileptoïdes, quelque transitoires que soient tout d'abord ces phénomènes, ils n'en constituent pas moins une affection sérieuse. Pour peu qu'il souffre à des intervalles rapprochés de crises de ce genre, le malade, on le conçoit aisément, est obligé de renoncer à ses occupations journalières.

Mais ce n'est pas en cela seulement que consiste la gravité d'un tel état : ainsi que l'ont montré MM. Charcot et Féré, chacun des symptômes ordinaires de la migraine ophthalmique : hémiopie, aphasie, troubles de la sensibilité, paralysies, après être resté transitoire, peut persister pendant plus ou moins longtemps, et même s'établir à l'état définitif.

En somme, gênante toujours, grave souvent assez pour compromettre le travail, entraînant quelquefois des infirmités permanentes, telle est, au point de vue pronostique, la migraine ophthalmique.

Que si donc, thérapeutiquement parlant, elle est négligeable dans le premier cas, dans tous les autres, on devra énergiquement la combattre ; aussi, pour être empirique, la découverte d'un agent médicamenteux actif en semblable circonstance n'en est pas moins précieux.

Observation. — *Migraine ophthalmique. — Aphasie transitoire. — Traitement bromuré. — Guérison.*

Ferdinand C.., 30 ans, employé au chemin de fer d'Orléans, à Vitry-sur-Seine, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 22 janvier 1884.

(1) *Revue de médecine*, août 1881 et 1883, n° 3.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'ataxie locomotrice, en février 1886, à l'âge de 62 ans. Sa mère est très-nerveuse. Lui-même, à l'âge de 14 à 15 ans avait des accès fréquents de migraine avec céphalalgie frontale et vomissements, sans troubles de la vue ni embarras de la parole ; c'est seulement en 1874 qu'il a commencé à éprouver une difficulté telle à s'exprimer, que son élocution provoquait le rire de ses camarades.

Le jour où est survenue cette difficulté de la parole, il a eu sa migraine 3/4 d'heure après environ, et l'apparition de la douleur a fait cesser l'aphasie. Des vomissements ont terminé la crise.

Depuis, il a vu un croissant lumineux, composé de lignes brisées dentelées. En même temps il avait de l'hémiopie, puis de l'engourdissement de la main droite. Les accès migraineux reviennent 2 à 3 fois par mois, mais l'aphasie ne se produit pas toujours ; le malade ne l'a eue que 3 fois. Pendant les accès C. ne peut plus ni lire, ni écrire.

Etat actuel. Description d'un accès. — Vers 6 h. 1/4 du soir l'attaque débute par de l'hémiopie : le champ visuel est obnubilé du côté droit, les personnes, les mots sont coupés en deux. A cette période pas de douleurs de tête.

Aussitôt après, le malade commence à voir un point vacillant qui peu à peu grandit, cache les objets, et empêche de voir ; puis, dans ce point, se dessine un arc dentelé de couleur orangée. C. éprouve à ce moment un pénible sentiment d'anxiété, il ferme les yeux, mais continue néanmoins à voir le cercle orangé. Cette phase dure une heure sans douleur de tête (1).

A ce moment, le malade commence à éprouver une légère douleur de tête siégeant à gauche, au niveau de la moitié externe du frontal (la douleur n'a été ressentie qu'une fois, et très légèrement à droite). Presque en même temps, commence l'embarras de la parole; *aphasie transitoire* qui dure une heure environ. Il a essayé de lire à ce moment, mais ne comprenait pas la signification des mots. Lorsqu'il voulait écrire, il écrivait de travers et oubliait une ou plusieurs lettres. Enfin, lorsqu'on lui parlait, il n'avait pas une nette intelligence des mots. Cette seconde phase (aphasie motrice, surdité et cécité verbales, agraphie) durait aussi une heure. Puis il ressentait un engourdissement dans la main droite, sorte de picotement ou de frémissement débutant par l'extrémité des doigts. Au bout de 5 à 10 minutes, le bras est envahi à son tour sans changement de coloration, puis le côté droit de la face; il existe une sensation de froid au niveau de la lèvre supérieure et inférieure droite du menton. La langue lui semble froide, mais il parle : la sensation de froid s'arrête au sillon naso-labial. Alors le mal de tête augmente considérablement, avec sensations de battements au-dessus du sourcil. Enfin, vers 2 heures du matin, le malade s'endort non sans avoir ou parfois des vomissements. L'examen de l'œil pratiqué par le Dr Parinaud ne révèle aucune lésion persistante. On soumet le malade au traitement bromuré ; il prend successivement : 2 grammes de bromure par jour pendant la première semaine, 3 grammes la seconde, 4 grammes la troisième, 5 grammes la quatrième, puis recommence suivant la même progression.

1884. 16 *février*. — Depuis que le malade suit le traitement, sauf quelques légers maux de tête, il n'a pas eu de nouveaux accès. L'état général est bon. On l'engage à continuer le traitement mais en prenant seulement, suivant la même mode, 1, 2, 3, 4 grammes de bromure de potassium.

27 *mars*. — C. a ressenti de nouveau une crise. La veille, à 5 h. 1/2, celle-ci a débuté par des nausées, sans le scotome habituel; à 6 heures, il souffrait de sensations d'engourdissement et de froid dans les mêmes zones qu'autrefois. Puis il a perdu pendant 5 minutes l'usage de la parole. A ce moment (6 heures) sentiment de picotements débutant aux extrémités des doigts à droite et remontant jusqu'à l'épaule, qui dure 10 minutes. A 6 h. 20 m. bourdonnements d'oreille jusqu'à 6 h. 35

La douleur commence alors siégeant à la tempe gauche et continue jusqu'à 6 h. 50 m. ; puis il survient des nausées et des vomissements. A 7 heures, le cercle lumineux apparait pendant 5 minutes environ. Le malade remarque qu'il entend parler mais sans comprendre les sens des mots qu'on prononce : il ne peut lui-même articuler les mots, jusqu'à 7 heures 30. Il recouvre alors l'usage de la parole, puis éprouve une faiblesse généralisée, et s'endort. Le lendemain matin, il reste un endolorissement de la région, et de la sensibilité de l'œil gauche. On continue le traitement bromuré suivant la même formule.

1885. *Février*. — Le malade n'a plus éprouvé de crises. On cesse le traitement. Depuis, le malade est revenu à la clinique: le 11 août 1885, le 23 février 1886 et enfin le 10 mai 1887, n'ayant plus eu aucun accès, et n'accusant plus aucun symptôme isolé de son affection.

(1) Le malade dessine de mémoire le scotome scintillant et son dessin reproduit les principaux détails de la figure d'Airy.

Discuter le diagnostic du cas qu'on vient de lire serait, il nous semble, complètement oiseux. Il s'agit, évidemment, d'une des formes graves de la *migraine ophthalmique accompagnée*. L'influence curative de la médication suivie est également manifeste, et le maintien de la guérison depuis deux ans déjà permet de préjuger sans témérité qu'elle est définitive.

Le traitement bromuré, institué dans les cas de ce genre par M. Charcot, est analogue à celui qu'il préconise contre les accidents comitiaux.

Pour le résumer en une formule : les malades doivent être *longtemps*, *constamment* et *fortement* imprégnés. *Longtemps*, puisqu'il s'agit toujours d'une affection tenace et rebelle; *constamment*, car si l'on suspend, même pour peu de temps, le traitement commencé, les accidents reparaissent avec plus d'intensité encore qu'au début; *fortement*, parce que les doses faibles sont inactives, et qu'aucun danger ne menace l'efficacité des fortes. On réalisera pratiquement ces indications capitales de la façon suivante. Le malade prendra :

2 ou 3	grammes de bromure	tous les jours de la	1re semaine.
3 ou 4	—	—	2e semaine.
4 ou 5	—	—	3e semaine.
5 ou 6	—	—	4e semaine.

et recommencera ensuite la même série. Suivant que les accidents s'atténueront ou non, on diminuera ou on augmentera parallèlement les doses, mais on ne suspendra pas le traitement avant la cessation complète et durable de tous les signes. La durée minimum du traitement ne sera jamais inférieure à 3 ou 4 mois.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours des chirurgiens au bureau central

Nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur la note ci-après :

Dans sa séance du 9 juin, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a examiné la pétition des candidats au bureau central, déposée par M. Robinet, à l'avant-dernière séance.

Sur le rapport de M. Horteloup, au nom d'une commission composée de MM. Dubrisay, Horteloup, Lannelongue, Millard et Rochard, et d'accord avec M. le directeur de l'Assistance publique, le conseil a décidé que deux places de chirurgiens seraient attribuées à la suite du concours actuel. En outre, chaque année le concours aura lieu pour deux places au minimum en chirurgie et autant en médecine. Le nombre total des médecins et chirurgiens du Bureau central varierait ainsi suivant les vacances qui se produiraient dans le service.

Telle est l'heureuse conclusion de la campagne, pleinement justifiée, des candidats au concours du Bureau central (chirurgie), campagne à laquelle le *Progrès médical* s'est associé dès la première heure. Nous félicitons M. le Directeur de l'Assistance publique de s'être rendu aux excellentes raisons qui lui ont été données : c'est ainsi que tous les administrateurs républicains devraient agir.

Prophylaxie de la syphilis : Hospitalisation des vénériennes.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le professeur A. Fournier a donné lecture, au nom d'une Commission dont il faisait partie avec M. Ricord, Bergeron, Léon Colin, Le Roy de Méricourt et Léon Le Fort, d'un rapport très intéressant sur la prophylaxie de la syphilis. Pour l'instant, nous ne retiendrons de ce rapport, analysé plus loin (p. 481) et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, que les passages qui justifient surabondamment tout ce que le *Progrès médical* a déjà publié sur cette question si importante au point de vue de l'Assistance et de l'Hygiène (1).

Après avoir énuméré toutes les conséquences de la syphilis, M. Fournier recherche les moyens de combattre cette terrible maladie. Suivant lui, ces moyens sont au nombre de trois :

« On peut la combattre, d'abord, par un ensemble de mesures administratives et policières ayant pour visée, par exemple, d'entraver la provocation sur la voie publique, de soumettre les prostituées au régime de ce que l'on appelle l'Inscription, de surveiller les établissements qui, sous des noms déguisés de brasseries ou de débits de vin, ne sont, en réalité, que des maisons de prostitution libre, etc., etc. On peut en second lieu, *s'attaquer à la syphilis en la* TRAITANT, *en l'*HOSPITALISANT, *en la* GUÉRISSANT, *c'est-à-dire, au total, en éteignant le germe de la contagion.* On peut enfin, et non moins efficacement, la combattre en initiant plus complètement qu'on ne l'a fait jusqu'alors les jeunes générations médicales à tout ce qui concerne les symptômes de la maladie, ses formes diverses, ses dangers sociaux, son traitement. »

L'honorable rapporteur, à notre avis, se fait une grande illusion sur l'efficacité du premier moyen. Les résultats de son emploi sont loin d'être encourageants. Il n'en est pas de même des deux derniers au sujet desquels nous partageons entièrement l'opinion de M. Fournier. Examinant ensuite ce qu'on fait à l'heure actuelle et visant plus spécialement Paris, bien que ses critiques puissent s'adresser presque à toutes les villes dans une proportion variable, il s'exprime ainsi :

« Dans l'ancien système, c'est l'arbitraire administratif qui régit tout, qui fait tout ; ce que nous demandons, nous, comme base à notre système, c'est la loi, ou pour mieux dire, c'est une loi qui définisse un délit et en attribue la répression, comme celle de tous les autres délits, aux tribunaux de droit commun. Dans l'ancien système, c'est l'administration, représentée par le préfet de police ou, quand on descend à la réalité des faits, par un chef de bureau de police, qui prononce l'inscription, la « mise en carte », comme on dit vulgairement, d'une fille reconnue coupable du délit de provocation, avec obligation de surveillance médicale. Ce que, tout au contraire, nous allons réclamer dans un instant, et réclamer au nom des principes les plus élémentaires de justice, c'est que l'inscription d'une fille, accusée de délit de provocation, ne puisse jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire ; ce que fait l'ancien système, quand une fille est reconnue affectée d'une maladie vénérienne, *c'est de l'envoyer en prison commune aux voleuses et aux criminelles de tout genre.* Ce que nous voulons, nous, c'est que cette fille, simplement coupable d'avoir contracté une maladie vénérienne, soit *simplement traitée* COMME UNE MALADE et, à ce titre, *internée dans un hôpital.*

Donc, comparez : avec l'*ancien système*, arbitraire comme base ; — comme juridiction, suspension du droit commun ; — comme traitement, prison. Avec le système nouveau, que votre commission, certes, ne se flatte pas d'avoir imaginé de toutes pièces, mais qu'elle a combiné en s'inspirant de l'esprit moderne, de ce qui a été dit et redit depuis longtemps, de ce qui appartient à peu près à tout le monde, et aussi de son expérience propre (vous nous l'accorderez bien), avec le système nouveau, dis-je, la loi comme base, le droit commun comme juge du délit, et l'hôpital, en dernier lieu, comme refuge et comme sauvegarde de la santé publique.

« Mais quittons ces généralités et venons aux faits. Dans l'état de choses actuel, disais-je à l'instant, c'est la police qui a la haute main sur la prostitution. C'est elle et elle seule qui intervient en toutes choses afférentes à la prostitution. Tranchons le mot, c'est elle, sans exagération, qui fait tout. A preuve : c'est elle qui, d'abord, constate le délit, par le rapport de ses agents, et rien de mieux ; — c'est elle qui apprécie, qui juge le délit, par l'office de son chef du bureau des mœurs, et cela, à huis clos, sans débat contradictoire.

« C'est elle qui prononce l'inscription, qui « met en carte, » et, suivant l'expression consacrée, la fille réputée coupable ; — c'est elle qui règlemente tout en la matière, jusqu'à « la richesse et la couleur des étoffes destinées au costume, » jusqu'au mode de coiffure, etc., etc. C'est elle qui inflige les punitions pour toutes contraventions à son règlement ; c'est elle qui incarcère ; c'est elle, enfin, qui, par l'office de ses médecins, à elle, de ses médecins choisis par elle, constate les maladies et se charge de les *guérir dans sa prison*, etc., etc. Voilà le système. »

Et, comme conclusion, au nom de la Commission toute entière, il fait la proposition suivante :

« L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation sur la voie publique ne pourra jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire. »

D'après le système adopté par la Commission, l'inscription étant maintenue pour les filles publiques, il fallait indiquer la *réglementation sanitaire* destinée à préserver leurs clients de la contagion. Cette réglementation serait ainsi formulée :

« Les filles inscrites, libres ou en maison, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire de date fixe ; — et, en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite par un médecin inspecteur, à date inconnue. Chacune de ces visites sera complète et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche. »

Ces mesures seront applicables non seulement à Paris, mais encore elles seront rendues « rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements. »

« Et, si nous formulons ce vœu d'une façon expresse, ajoute M. Fournier, c'est qu'il est arrivé à la connaissance de votre Commission, dans l'enquête qu'elle a instituée sur ce point, des détails navrants, presque incroyables, sur l'abandon où était tombé, en de certaines villes, le service de surveillance des prostituées. Dans telle ville, par exemple, la visite des filles « se fait sur une chaise hissée sur une petite estrade » aménagement peu propice, on en conviendra, à un examen délicat et parfois difficile ; et « ce sont les filles, raconte un témoin oculaire, qui écartent elles-mêmes les lèvres vulvaires avec leurs doigts ! » Dans telle autre ville, on n'examine pas les filles avec le spéculum pour la simple et très suffisante raison d'ailleurs que « ladite ville ne possède pas de spéculum pour le service de surveillance des prostituées. »

Il ressort nettement des citations qui précèdent que les vénériennes ne doivent pas être considérées comme des criminelles et emprisonnées ; — qu'elles doivent être reçues et soignées dans les hôpitaux, en un mot traitées comme des malades ;— enfin que, d'une façon générale, l'assistance qui leur est donnée jusqu'ici est tellement déplorable, tellement honteuse, qu'elle exige une réforme immédiate et radicale. BOURNEVILLE.

(1) Voir *Progrès médical* n° 12, p. 239 et 240 ; — n° 16, p. 312 ; — n° 18, p. 354 et 360 ; — n° 21, p. 431 ; — n° 23, p. 468.

NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES. — Durant le semestre d'hiver, le nombre des étudiants en médecine a été de 2.318 à Vienne, 1.350 à Munich, 1.297 à Berlin, 935 à Wurtzbourg, 868 à Dorpat, 781 à Leipzig, 548 à Graz, 441 à Grieswald, 428 à Fribourg, 362 à Breslau, 315 à Halle, 292 à Bonn, 271 à Marbourg, 267 à Erlangen, 241 à Zurich, 237 à Kœnigsberg, 235 à Tubingen, 234 à Kiel, 233 à Gœttingen, 233 à Strasbourg, 231 à Insbruck, 227 à Berne, 210 à Iéna, 202 à Heidelberg, 138 à Giessen, 131 à Bâle, 100 à Rostock. (*Berl. Klin. Woch.*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mai 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Lannelongue lit un mémoire *sur les abcès tuberculeux péri-hépatiques et sur le traitement qui leur convient.* Ces abcès sont parfois la première et l'unique marque apparente de la tuberculose ; ailleurs ils caractérisent une étape plus avancée. Ils sont souvent séparés du tissu du foie par une couche néoplasique de péri-hépatite. Les foyers tuberculeux originels, d'où émane la membrane tuberculeuse limitant l'abcès, peuvent apparaître dans les couches profondes de la paroi abdominale, sur la face interne des dernières côtes, dans le diaphragme, dans les ganglions lymphatiques du sillon transverse du foie, dans le péritoine environnant. Quatre exemples se sont offerts à l'observation de M. Lannelongue depuis cinq ans. Le premier en date n'avait pas été soupçonné durant la vie du sujet, lequel était atteint de tuberculose généralisée. Sur les trois autres il y avait à remplir une indication majeure au point de vue thérapeutique, l'extirpation de la paroi de l'abcès après l'évacuation de son contenu. L'incision simple à travers la paroi abdominale et la décortication des parois du foyer tuberculeux constituent la méthode de choix pour les abcès dont la cavité s'affaisse après son ouverture et dont l'abord opératoire est facile. La résection du bord inférieur du thorax jusqu'à la 7e ou 6e côte, suivant les cas, doit être préconisée pour les abcès sous-phréniques supérieurs aussi bien que pour la cure des trajets fistuleux consécutifs à l'ouverture de ces abcès. Les abcès péri-hépatiques de la convexité du foie, les kystes hydatiques proéminant sous le diaphragme seront aussi facilement abordés après l'excision de la paroi osseuse qui les couvre et les dissimule.

M. J. Renaut continue ses *recherches sur le cartilage* et il étudie aujourd'hui le cartilage en majeure partie arrivé à son complet développement. Il s'occupe d'abord de la bande articulaire de Luschka, puis de la formation cloisonnante ; il montre que, outre la substance hyaline et la substance trabéculaire, le cartilage renferme une troisième substance, la substance chondro-chromatique se colorant bien avec l'hémotoxyline et se répartissant d'une façon variable.

M. Ch. Quinquaud étudie l'*action du froid sur l'organisme animal vivant.* L'hyperexcitabilité qui se manifeste chez le chien, quand sa température rectale est aux environs de 22°, dépend en partie de la saturation du sang artériel par l'oxygène, ce qui modifie la nutrition des éléments nerveux. Le refroidissement lent produit une suroxygénation progressive du sang artériel. Sous l'influence du froid, la glycogénie, la glycémie et la glycosurie subissent des variations : le lapin refroidi devient facilement glycosurique ; il survient de l'hyperglycémie chez le chien dans la première période de réfrigération. Les bains froids prolongés sont donc nuisibles aux diabétiques. Quant à l'exhalation pulmonaire, M. Quinquaud a vu s'accroître la quantité d'acide carbonique tant que la température centrale ne descend pas au-dessous de 30° environ : au-dessous de 26°, l'exhalation d'acide carbonique diminue. Tous ces faits ont un intérêt majeur dans la thérapeutique par les bains froids.

MM. R. Dubois et L. Roux communiquent les résultats de leurs recherches sur l'*action anesthésique du méthylchloroforme.* Ce corps, dont le point d'ébullition est plus élevé que celui du chloroforme, n'a pas l'odeur pénétrante et suffocante de ce dernier agent. Il agit rapidement : le sommeil se produit en cinq ou six minutes chez le chien et l'anesthésie est complète en sept ou huit minutes. La respiration devient bientôt calme et régulière : elle se maintient ainsi pendant toute la durée du sommeil. Le réveil complet se produit sans nausées, ni malaise, une ou deux minutes après la cessation des inhalations. Sauf la lenteur un peu plus grande avec laquelle se produit l'anesthésie par le méthylchloroforme, cet anesthésique paraît présenter, au moins chez le chien, une supériorité incontestable sur le chloroforme.

M. James Blake établit des *relations entre le spectre des éléments des substances inorganiques et leur action biologique.* En 1867, Mitscherlich a découvert que les éléments d'un même groupe isomorphe ont des spectres qui se ressemblent ou qui sont homologues. Il y a cependant deux éléments, l'azote et le potassium, chez lesquels l'action biologique n'est pas liée à l'état isomorphique. D'après M. Blake, quand dans un groupe isomorphe il se trouve des éléments dont les spectres ne ressemblent pas aux spectres des autres éléments du groupe, ces éléments aux spectres anormaux donnent lieu aussi à des réactions biologiques anormales.

MM. Augustus Waller et Waymouth Reid étudient la *contracture du cœur excisé chez les mammifères.* Ils ont entrepris cette étude : 1° par la méthode graphique ; 2° par l'examen électrique. Dans des conditions semblables à celles observées pour le cœur de la grenouille, on peut démontrer sur le cœur des mammifères le passage de l'onde excitatrice comme variation diphasique. Celle-ci, chez la grenouille, n'est que l'expression d'une véritable onde de contraction musculaire. Mais, tandis que la contraction procède de la base à la pointe dans le cœur de la grenouille, il n'en est pas ainsi chez les mammifères : ici, elle est monophasique après l'excision du cœur et ne devient diphasique que plus tard. Les contractions du cœur excisé, chez les mammifères, peuvent avoir une très grande durée (jusqu'à dix secondes). Cette durée varie suivant la température ambiante.

M. de Lacaze-Duthiers signale les nouveaux aménagements apportés au laboratoire Arago de Banyuls-sur-Mer et consistant surtout dans l'éclairage électrique de l'aquarium et des salles de travail. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 juin 1887. — Présidence de M. Grimault.

M. Dumontpallier remet une note de M. Brémond relative à certains faits de thérapeutique suggestive.

M. Onimus rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'un choc électrique, fut pris d'hémiplégie alterne permanente et il insiste sur la gravité d'un tel accident.

M. Paul Loye continue ses *recherches sur les mouvements qui se manifestent dans la tête des animaux décapités.* Il rappelle qu'il a démontré que ces mouvements ne sont pas volontaires puisqu'ils se manifestent chez les animaux endormis : mais quelle est leur origine? Les mouvements de la bouche et des narines, qui surviennent une vingtaine de secondes après la décapitation et qui persistent environ deux minutes, sont des actes respiratoires, ainsi que l'avait déjà remarqué Legallois. Pour s'en convaincre, il suffit de les observer chez un lapin ou chez un jeune cobaye que l'on vient de décapiter : on voit alors la contraction et la dilatation des narines, véritables actes respiratoires, persister au moment où les mouvements de la bouche s'affaiblissent. Les baillements sont donc bien des mouvements asphyxiques : la tête est du reste dans les conditions de l'asphyxie. Il est plus difficile d'interpréter les mouvements qui se produisent au moment même de la décapitation. Ils ne sont pas dus à l'excitation directe des filets du facial, du trijumeau ou de l'hypoglosse, puisqu'il y a peu de filets de ces nerfs là où frappe le couteau de la guillotine. Peut-on les assimiler aux convulsions asphyxiques ? Il n'y aurait rien d'invraisemblable, puisque le peu de sang restant dans la tête ne peut plus s'oxygéner. Mais il paraît plus exact de regarder ces mouvements comme le résultat d'une action réflexe dont le point de départ serait dans la formidable excitation des parties sensibles atteintes par la section du cou : cette violente impression se transmettrait à un centre médullaire bulbo-protubérantiel et de là se réfléchirait sur les fibres du facial, du trijumeau et de l'hypoglosse. C'est là l'explication qui paraît la plus plausible.

M. Laborde fait remarquer que les mouvements des narines sont les analogues des mouvements instinctifs de la

respiration : de plus, les mouvements spasmodiques des paupières ne peuvent s'interpréter que là par l'exaltation réflexe de la moelle. Quelque temps après, d'ailleurs, la dilatation des paupières et celle des pupilles succède à la contraction de ces dernières.

M. Paul Loye étudie *les mouvements qui se passent dans le tronc après la décapitation.* Chez le chien, le corps ne reste pas immobile après sa séparation de la tête : les membres postérieurs sont pris de mouvements quelquefois assez énergiques pour projeter l'animal au dehors de la gouttière qui le maintient. Une demi-minute après, les quatre membres se mettent en extension et tous les muscles du tronc entrent en contracture; cette contracture va jusqu'à amener le redressement du corps. En même temps le rectum fait des efforts d'évacuation. Deux minutes après la décollation, les muscles présentent des contractions fibrillaires bien marquées, surtout dans le train postérieur. Comment faut-il interpréter ces différents phénomènes? Les mouvements qui surviennent dans les membres postérieurs aussitôt après la décapitation sont dus à l'excitation directe de la moelle : les autres phénomènes (extension des quatre membres, contracture, contractions fibrillaires, évacuation rectale) doivent être rapportés à l'asphyxie qui se réalise dans le corps à la suite de l'hémorrhagie énorme. Au moment où le couteau vient de tomber, l'animal fait un effort inspiratoire considérable : les battements du cœur sont accélérés.

M. Ch. Richet estime que ces expériences devraient être également poursuivies sur les animaux à sang froid ou sur les hibernants chez lesquels ces phénomènes se passent avec plus de lenteur.

M. Dastre appelle l'attention sur la grande inspiration qui suit immédiatement la chute du couteau.

M. Laborde pense que cette inspiration est due en grande partie à l'élasticité pulmonaire.

MM. Gilles de la Tourette et P. Blocq communiquent une note sur le *traitement de la migraine ophthalmique* (voir page 476).

M. Vaillard complétant une précédente communication faite avec M. Pitres sur l'action des injections d'éther sur les nerfs, montre un cobaye chez lequel sont survenues diverses lésions ulcéreuses. A la patte droite, ces lésions rappellent celles du lupus ou de certaines gangrènes ; à gauche, elles ressemblent à l'ulcère du mal perforant.

M. Dupuis dit que si l'on enferme soigneusement l'animal dans une cage avec du feu, en le préservant du contact des agents extérieurs, on n'observe pas de troubles trophiques, mais seulement des mouvements épileptoïdes.

M. Laborde ne peut accepter cette opinion : ces ulcérations sont de véritables troubles trophiques ; quand on sectionne le trijumeau, les altérations commencent par les parties profondes de l'œil ; l'influence des agents extérieurs est donc complètement nulle.

M. d'Arsonval présente une note de M. Charpentier (de Nancy) sur l'*appréciation du temps par la rétine.*

M. Dastre étudie l'action digestive du foie ; il existe dans cet organe une grande quantité de ferment inversif qui agit très efficacement sur la surcharge et un peu moins sur la lactole. Ce ferment avait été déjà signalé par M. Beaunis (de Nancy) et Gaillon (de Bordeaux).

M. Judée (1). — *Action du système nerveux sur la circulation artérielle.* La section de la moelle au niveau de la protubérance annulaire amène la dilatation de tous les vaisseaux du corps, par suite celle des vaisseaux appartenant à la région auriculaire. D'après Schiff, la blessure des pédoncules cérébraux détermine les mêmes phénomènes ; ces phénomènes sont surtout appréciables sur les vaisseaux abdominaux. L'irritation de la moelle en arrière de cette section et celle des pedoncules cérébraux occasionnent par contre un notable rétrécissement de tous les vaisseaux, par suite une anémie plus ou moins prononcée, mais facilement appréciable, surtout lorsqu'on en amène les viscères abdominaux. Si, au lieu d'étudier les phénomènes auxquels donnent lieu soit la section de la moelle, soit son irritation, on examine ce qui se passe en opérant de la même façon sur les nerfs dits vaso-moteurs de la région auriculaire : voici ce qu'on constate. La simple section du cordon cervical du grand sympathique produit un afflux considérable de sang accompagné d'une élévation marquée de la température. Par contre, l'irritation de son bout périphérique amène le phénomène inverse : la contraction des vaisseaux sanguins de cette région, par suite son anémie. Tout ceci me conduit fatalement à admettre l'existence dans la portion cervicale de la moelle d'un centre excito-moteur, dont les organes de transmission sont pour la région auriculaire le cordon cervical du grand sympathique, puisque la dilatation des vaisseaux de cette région se manifeste aussi bien après la section de la moelle cervicale qu'après celle du cordon cervical du grand sympathique, tandis que le rétrécissement des mêmes vaisseaux se produit toutes les fois qu'on irrite soit la portion cervicale de la moelle en arrière de sa section, soit le bout périphérique du cordon cervical du grand sympathique. Ainsi se trouve expliquée, comme on le voit, d'une façon bien simple, une des expériences les plus curieuses de Cl. Bernard, explication qui restait à trouver, du moins à ma connaissance. Maintenant, l'irritation du bout central de la branche auricule cervicale du plexus cervicale amène la dilatation des vaisseaux de la région auriculaire en même temps qu'une notable élévation de température. Par contre, si l'irritation du bout central de la branche auriculaire du trijumeau ne détermine aucun phénomène, celle de son bout périphérique produit, comme l'a fait voir le premier Schiff, la dilatation de tous les vaisseaux de la région auriculaire. Que conclure de tout ceci? Sinon que comme pour la circulation cardiaque, il existe pour la région auriculaire, en outre de son centre excito-moteur, un centre phrénateur médullaire dont le nerf afférent est représenté par le rameau auriculo-cervical du plexus cervical et le nerf efférent par le rameau auriculaire du trijumeau. Dans ces parages s'observe encore une autre région qui permet de constater la réalité des lois qui régissent, selon moi, les centres frénateurs. Je veux parler de la région parotidienne. Tout le monde sait, en effet, que l'irritation du bout central seul détermine la dilatation des vaisseaux de cette région, tandis que c'est sur le bout périphérique du cordon du tympan qu'il faut agir si l'on désire obtenir le même phénomène. En résumé, comme pour la circulation cardiaque, je me crois en droit de dire que la circulation artérielle s'opère principalement au moyen de deux variétés des centres médullaires : les uns excito-moteurs, les autres frénateurs. L'action réflexe du premier est encore à trouver, quant à celle du second elle me paraît indéniable. Si donc de nouvelles recherches sur ce sujet ne viennent pas renverser ces conclusions, il est facile de voir que la division des nerfs propres aux vaisseaux du cœur en vaso-dilatateur et vaso-constricteur n'a pas plus sa raison d'être que celle consistant à diviser ceux du cœur en nerfs modérateurs et accélérateurs, et que même elle doit être repoussée bien loin comme capable de nuire beaucoup aux progrès de la physiologie du système nerveux.

Elections. — M. Retterer est élu membre titulaire de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

Election d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie. Votants : 79 Majorité 40. Au premier tour de scrutin M. Albert Robin obtient 41 suffrages ; M. Riban 37 ; M. Hardy 1 ; M. Pouchet 1. En conséquence M. Albert Robin est proclamé membre de l'Académie de médecine. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Bouchard (de Bordeaux) lit une note relative à *la conservation des cadavres.* M. Bouchard a pu conserver, sans aucune apparence de putréfaction, des cadavres pen-

(1) Communication à la séance de la semaine dernière.

dant plus de deux mois. Il leur avait injecté la composition suivante : Borate de soude hydraté à 10 équivalents d'eau : 10 kilogs; glycérine à 30°, Baumé 17 kilogr.. Voici le mode de préparation : 1° réduire le borate de soude en poudre très fine, le passer au tamis de crin n° 0 ; 2° mettre le borate de soude dans un bassin ad hoc, en ayant soin de verser peu à peu la glycérine pour faire un mélange intime et éviter des grumeaux; 3° faire chauffer à une température d'environ 80° jusqu'à dissolution complète du borate de soude, en ayant soin d'agiter constamment; 4° passer à travers une étamine de flanelle. — Le liquide est alors étendu avec de l'alcool.

M. Fournier lit un rapport sur la *prophylaxie de la syphilis* au nom d'une commission composée de MM. Ricord, Bergeron, L. Collin, Le Roy de Méricourt, L. Le Fort et Alfred Fournier. — La Commission a réparti sous trois chefs les nombreux sujets qu'elle avait à examiner. On peut, en effet, combattre la syphilis par un ensemble de mesures administratives et policières ayant pour visée, par exemple, d'entraver la provocation sur la voie publique, de soumettre les prostituées au régime de ce qu'on appelle l'inscription, de surveiller les établissements qui, sous les noms déguisés de brasseries ou de débits de vins ne sont, en réalité, que des maisons de prostitution libres, etc., etc... On peut, en second lieu, s'attaquer à la syphilis en la traitant, en l'hospitalisant, en la guérissant. On peut enfin, et non moins efficacement, la combattre en initiant plus complètement qu'on ne l'a fait jusqu'alors les jeunes générations médicales à tout ce qui concerne les symptômes de la maladie, ses formes diverses, ses dangers sociaux, son traitement, etc. A des degrés différents, ces trois ordres de moyens peuvent concourir au résultat cherché, c'est-à-dire à la diminution de fréquence de la maladie et à l'atténuation de ses dangers divers.

La commission est unanime à penser : 1° que la prostitution crée un danger public par les contages vénériens qu'elle dissémine dans la population; 2° qu'il est indispensable, au double point de vue de l'hygiène et de la morale, que la prostitution soit surveillée, et, s'il y a lieu, réprimée par les pouvoirs publics; 3° que le système de la prostitution libre, c'est-à-dire non surveillée, est désastreux pour la santé publique; 4° que la provocation publique, qui constitue le seul mode de manifestation extérieure par lequel la prostitution puisse être atteinte légalement, doit être combattue et réprimée sous ses diverses formes. La commission soumet à l'Académie les résolutions suivantes : 1° appeler l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique, dans ces dernières années notamment, et en réclamer une répression énergique; 2° nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle des boutiques et plus particulièrement celle des débits de vins; 3° signaler à l'autorité d'une façon non moins spéciale la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche ; 4° déclarer qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement. L'intérêt de la santé publique exige que les filles reconnues coupables du délit de provocation publique soient soumises à un examen médical périodique. Celles de ces filles qui seraient reconnues, de par cet examen, affectées de maladies vénériennes, notamment de syphilis, seront internées dans un asile sanitaire spécial. Dans l'ancien système, c'est l'arbitraire administratif qui régit tout : la juridiction équivaut à la suspension du droit commun; le traitement est synonyme de prison. Avec le système nouveau, la loi comme base, le droit commun comme juridiction et l'hôpital, en dernier lieu, pour la malade, tout à la fois comme refuge et comme sauvegarde de la santé publique. Fidèle au même esprit de légalité, la commission a voté la disposition suivante : « L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation sur la voie publique ne pourra jamais être prononcée que par un tribunal et après débat contradictoire.

La commission voudrait que les filles inscrites, libres ou en maison, fussent uniformément soumises à une visite hebdomadaire de date fixe ; et, en outre, à une visite supplémentaire qui serait faite mensuellement par un médecin inspecteur, à date inconnue. Chacune de ces visites serait complète et porterait principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche. La commission n'a pu s'entendre sur le point relatif à la question de savoir si la provocation, sur la voie publique, peut être ou non tolérée de la part des filles inscrites et soumises à la surveillance médicale. Ou bien interdiction absolue et générale de toute provocation sur la voie publique; ou bien maintien de l'état de choses actuel, quant à la tolérance de la provocation publique de la part des filles inscrites avec proscription rigoureuse de la même tolérance vis-à-vis des filles non soumises à la surveillance administrative.

M. Fournier terminera la lecture de son important mémoire dans la prochaine séance. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 *novembre* 1886.— Présidence de M. Cornil.

18 *bis.* **Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal**; par le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux. (*Suite*)

(*Mémoire présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.*

Observations. — Nous avons résumé la plupart des observations de kystes dermoïdes du plancher buccal, publiées par les auteurs. Mais, quelques-uns de ces faits sont si incomplets, que c'est *peut-être à tort* qu'ils sont classés sous le titre de kyste dermoïde. Nous n'avons pas voulu, cependant, les passer sous silence, nous en tenant à ces réserves.

Obs. III. — Desault: (*Œuvres chirurgicales*).— Femme *24 ans*: portant depuis son enfance, sous la langue, une tumeur molle indolente, qui acquit tout à coup un volume *considérable*, refoulant la langue en arrière et en haut « et qu'un chirurgien peu attentif eût pu prendre pour cet organe ». Incision d'arrière en avant sur le côté droit de la tumeur, le long du frein de la langue. Toute la partie supérieure du kyste fut excisée avec des ciseaux introduits par la première ouverture ; les parois en furent enlevées le plus exactement possible. Sortie d'une matière blanchâtre, grumelée, odeur désagréable. Légère hémorrhagie facilement arrêtée pendant l'opération : lendemain, gonflement des joues, qui alla en diminuant. Suppuration bientôt louable. 15e jour, plus de gonflement. Il ne reste qu'une petite ouverture à la partie supérieure de la plaie pour l'excrétion de la salive. Guérison de l'opérée.

Obs. IV. — Bertherand : (Sicherer, hôp. Heilbronn). — Homme, 17 ans. Depuis 2 ans, tumeur du volume d'un *œuf de poule* placée à droite. Il en pratiqua l'extraction et retira une once 1/2 de matière sébacée.

Obs. V. — Verneuil : Soc. anat. 1872. Fille, 18 ans. Début à 15 ans. Siège médian. Adhérences à l'os hyoïde; contenu formé d'une bouillie stéatomateuse (épithélium pavimenteux et sébacé).

Obs. VI. — Bertherand : *Syme*). — Fille, 24 ans. Tumeur faisant saillie sous le menton et cachant la langue. Existant dès l'enfance, mais développée seulement depuis quelques mois. Par l'incision, il retira le volume d'un œuf de poule d'Inde de matière sébacée.

Obs. VII. — Cruveilhier : (in *Bull. de la Soc. anatomique*, p. 43, 1852). — Homme, 62 ans. Début pas indiqué. Tumeur arrondie, volumineuse, des dimensions d *une petite pomme de reinette*. Occupe la ligne médiane où elle amène un dédoublement du frein de la langue. On ne la sent pas à la région sus-hyoïdienne. Pas de transparence. Fluctuation. Altération de la parole, telle que le malade semblait atteint de zézayement.

Diagnostic. — Cette tumeur est prise pour une grenouillette. *Mort* due à une bronchite.

L'*autopsie* montre que cette tumeur est un kyste à paroi fibreuse, contenant une matière sébacée — qu'elle est située entre les génio-glosse et la base de la langue — *sans adhérences* aux parties voisines. Comme le malade était tuberculeux, M. Cruveilhier pense — avant tout examen microscopique — que la tumeur doit être de nature tuberculeuse.

Obs. VIII. — Thèse de Landeta: (*Syme*). — Jeune fille de 24 ans. Tumeur assez volumineuse pour dérober presque entièrement la langue à la vue. Elle fait saillie à la région sus-hyoïdienne. Date depuis l'enfance. Sensiblement développée depuis quelques mois.

Obs. IX. — Thèse de Landeta : — Jeune homme, 22 ans. La maladie débute en 1755 par le menton et grossit jusqu'en 1761, époque de l'opération. M. Puy fit une incision depuis les incisives jusqu'au delà du frein. Il en sortit 1/2 litre d'humeur. Observation incomplète, discutable, citée par Jourdain. M. de la bouche.

Obs. X. — Thèse de Landeta (empruntée à la thèse de Bertherand). — Jeune homme, 17 ans. Tumeur du volume d'un *œuf de poule* à droite, ayant débuté à 15 ans. Extirpation. Pas de détails.

Obs. XI. — Landeta : (*Gazette hebdomadaire*, 1857. Linhart). — Fille, 21 ans. Avait remarqué depuis 2 ans sous la langue une tumeur aplatie qui, d'abord, n'avait pas gêné la parole, mais qui avait grossi dans les six derniers mois. Le plancher buccal était déprimé et il existait dans la région sus-hyoïdienne une saillie tendue. Quand la malade ouvrait la bouche, on voyait au-dessous de la langue la muqueuse soulevée par une tumeur qui occupait tout le plancher de la bouche, et dont les bords touchaient les dents de la mâchoire inférieure. La langue ne pouvait être portée en avant. La muqueuse qui recouvrait le kyste était mobile et présentait sur la ligne médiane une corde tendue correspondant au frein de la langue. La fluctuation était surtout évidente quand on appliquait les doigts sur la tumeur au dessous du menton. Une salive abondante s'écoulait quand le malade essayait de parler. Déglutition difficile rendant l'usage des aliments solides presque impossible.

Opération. — Incision courbe à convexité dirigée vers le menton. Dissection du lambeau de muqueuse. Autre incision sur la ligne médiane en ménageant les ouvertures des glandes salivaires. De chaque côté de la ligne médiane, on voit les cordes formées par les muscles génio-glosses. On les divisa transversalement sur la sonde cannelée, dans toute l'étendue de la plaie muqueuse. Alors, on put disséquer le kyste : son volume ne permit pas de l'extraire par la bouche. On fit une ponction et la tumeur ainsi réduite fut amenée au dehors. Guérison en 15 jours.

Obs. XII. — Landeta : (Rigaud). — Fille de 34 ans. Sous la langue et du côté droit apparait une tumeur oblongue, indolore, occupant à peu près la direction du canal de Warthon. Mastication et déglutition difficiles, voix altérée, peau de la région sous-mentale assez fortement refoulée en bas et paraissant saine.

Opération. — Le feuillet de la muqueuse buccale recouvrant la tumeur est saisi avec des pinces et excisé. La pulpe du doigt sentit alors la paroi supérieure de la tumeur qu'un bistouri droit incisa dans la longueur de 3 cent. Aucune matière ne se présenta, mais l'index engagé ramena quelques parcelles d'une matière onctueuse. Par des pressions, on retira jusqu'au *volume d'une pomme*. Guérison à la suite d'injection dans la poche de nitrate d'argent.

Obs. XIII. — Landeta : (*Gazette hebdomadaire*, 1858). — Homme, 28 ans. Présentant sur le plancher buccal une tumeur hémisphérique, dont la face convexe touchait la voûte palatine, empêchant le rapprochement complet des mâchoires et gênant la mastication et l'articulation des sons. Elle était recouverte par la muqueuse, sous laquelle on voyait le trajet des canaux excréteurs des sublinguales. Une veine volumineuse passait sur le milieu de la face convexe. Le doigt produisait une impression disparaissant par les mouvements de la langue. Extirpation par la bouche sans intéresser ni la veine, ni les conduits excréteurs. Adhérences très lâches enlevées avec le doigt. La tumeur dépassait le volume d'un *œuf d'oie*. Guérison en 8 jours.

Obs. XIV. — Landeta : (Recueillie dans le service de Richet, St-Louis, 1861). — Une mère amène son enfant âgé de quelques jours, en octobre 1860. Il a de la peine à prendre le sein, et cette difficulté augmente de jour en jour. A l'examen, on voit la langue soulevée par une tumeur de la grosseur d'une *petite noix*, située sur le plancher buccal qu'elle occupe presque en entier. Elle est fluctuante, lisse, oblongue d'avant en arrière, à surface arrondie. M. Richet, pensant à une grenouillette, traversa la tumeur avec une aiguille conduisant un fil qu'il laissa en place. L'enfant garda son séton deux mois (janvier 1861), sans diminution de la tumeur. A cette époque, nouveau séton, gros, qui ne fit pas sensiblement diminuer la tumeur. L'enfant dépérissant, le 15 février Richet excisa la poche et cautérisa avec du nitrate d'argent. Le 2 mars, l'enfant revient bien amélioré, tout le monde le croit guéri.

Obs. XV. — Landeta : Homme, 28 ans, 1860. Cet homme s'aperçut, à l'âge de 6 à 8 ans, qu'il avait sous la langue une tumeur médiane, indolente, du volume d'une noisette. Elle grossit peu à peu, surtout depuis 2 ans, et a acquis le volume d'une *petite orange*, toujours indolente. Volume : *petite orange*, arrondie, globuleuse, occupant la totalité du plancher. La langue est cachée, refoulée en arrière. Les limites postérieures sont difficiles à apprécier; on peut pourtant reconnaître *qu'elle s'étend jusqu'à l'extrémité postérieure de l'arcade alvéolo-dentaire. Il n'existe aucune saillie extérieure dans la région sus-hyoïdienne.* La muqueuse qui la recouvre est peut-être un peu blanchâtre ; elle est mobile et glisse facilement au-devant de la tumeur. On voit à la surface les canaux de Warthon. Les sons, la mastication, la déglutition et respiration étaient gênés. Introduction d'un trocart par Denonvilliers, sans issue de liquide. Alors, incision transversale de 2 cent., par laquelle on vide la poche. On retire 100 gr. de substance, mais tout n'est pas retiré. Par l'exploration avec le doigt, on sent une poche énorme, régulière, séparée de la peau de la région sus-hyoïdienne par une grande épaisseur de parties molles. On introduit dans la poche une mèche et on injecte cinq jours après de l'iode. Deux mois après l'opération, la tumeur avait diminué et la langue pouvait être projetée au dehors. La tumeur ayant même disparu, on cessa les injections d'iode et la plaie se cicatrisa. Mais, 15 mois après sa première opération, le malade revint, la tumeur ayant grossi peu à peu, et, quand Verneuil la vit « le bord alvéolaire était déformé et projeté en avant, et devenu presque horizontal. » Les incisives inférieures sont très écartées.

Opération. — Incision de la muqueuse dans une étendue de 3 cent. Enucléation de la tumeur. A la partie inférieure, adhérences fibreuses larges de 3 cent., allant du bord postérieur de la symphise du menton en avant, jusqu'au voisinage de l'os hyoïde en arrière. Elles occupent la ligne médiane dans l'interstice des génio-glosses. Volume petit, œuf de poule. Guérison. La déviation des dents a persisté.

Obs. XVI. — Gallard : (*in Bull. Soc. anatomique*, 1865, p. 301. — Jeune fille de 20 ans. Tumeur de la *grosseur d'un œuf de poule*. Siège sur le plancher de la bouche au-dessous de la langue Malade ignore date du début ; a constaté la tumeur à 12 ans. Fausse fluctuation. La tumeur conserve l'impression du doigt. Reflet grisâtre de la muqueuse. Gêne de la phonation et de la déglutition. *Saillie* à la région sus-hyoïdienne.

Opération. Le trocart amène issue de matière caséeuse. Alors *excision* d'un lambeau de la paroi antérieure, qui permet de vider le kyste ; la poche n'est pas enlevée. Le *diagnostic* n'est pas fait. M. Gallard présente la tumeur sous le nom de kyste buccal. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. TRÉLAT, à propos de la communication de M. Terrier dans la séance précédente, revient sur les difficultés du diagnostic des causes de l'occlusion intestinale.

M. VERNEUIL montre que l'observation de M. Terrier est une preuve que les ponctions même capillaires de l'intestin peuvent parfois être dangereuses.

M. TERRIER maintient que dans son cas le diagnostic de la cause n'était pas fait; sans cela il n'aurait pas fait la laparotomie. Mais c'est parce qu'il ignorait et la cause des accidents et leur incurabilité, qu'il a fait la laparotomie. L'insuccès de cette laparotomie ne prouve rien par rapport à l'anus artificiel. Si l'asepsie avait été très bien faite, il est fort probable que le malade aurait guéri au point de vue opératoire du moins.

M. VERNEUIL pense qu'on doit bien distinguer en ce qui concerne leur gravité les ponctions faites sur l'intestin lors d'un étranglement interne de celles faites lors d'une ovariotomie, par exemple. Quand l'intestin est sain, ces ponctions ne sont pas graves ordinairement; mais s'il est distendu depuis longtemps, il n'en est plus ainsi.

M. M. SÉE prétend que la simple distension des parois intestinales ne constitue pas une contre-indication pour les ponctions alors même que l'intestin est distendu depuis assez longtemps.

M. QUENU, à propos du procès-verbal, examine les différentes théories qui ont été soumises à la Société pour expliquer le retour immédiat de la sensibilité dans le bout périphérique d'un nerf coupé après suture nerveuse primitive ou secondaire. Après avoir éliminé successivement la théorie de la régénération autogénique du bout périphérique, celle des fibres récurrentes, enfin celle émise par M. Segond (contact des cylindre-axes sans soudure), il croit qu'on peut invoquer pour le fait de M. Polaillon la théorie de M. Brown-Séquard, c'est-à-dire admet une sorte de réveil physiologique dû à une irritation du nerf coupé (nerf médian) alors que son suppléant (nerf cubital) ne fonctionnait pas avant l'opération malgré la réunion nerveuse lors de la suture primitive. M. Quenu cite une intéressante observation qui lui est personnelle et qui vient confirmer cette théorie de la dynamogénie de Brown-Séquard. Plaie du poignet et du nerf médian; disparition de la sensibilité. Au bout de quelque temps, tentative de suture secondaire. On trouve que les deux bouts du nerf médian était parfaitement réunis. On ne toucha pas davantage à ce nerf et au réveil la sensibilité avait reparu. Donc une irritation du nerf lors de l'opération avait suffi à déterminer le retour de la sensibilité dans le bout périphérique.

M. RICHELOT fait remarquer qu'il faut bien distinguer deux ordres de faits dans les cas de suture nerveuse. 1° Ceux où il y a eu récupération de la sensibilité; 2° ceux où la sensibilité et la motilité sont revenues.

M. RECLUS. — Quand la sensibilité seule réapparait, il y a beaucoup de théories pour expliquer ces faits et il admet pour ceux-ci la théorie de Brown-Séquard. Quand la sensibilité et la motilité sont récupérées, comme dans le cas de Chrétien, bien antérieur à ceux de M. Tillaux, aucune théorie ne peut rendre actuellement compte de ce retour à l'état normal.

M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation de *taille hypogastrique* adressé à la Société par M. FAUCON (de Lille) Il s'agit d'un enfant qui depuis l'âge de 5 ans avait présenté les symptômes d'un calcul vésical. Opération à 19 ans. Ce fait montre que la vessie avait toléré le corps étranger pendant 14 ans. A noter seulement, dans cette opération, l'emploi des tubes de Périer qui ne fonctionnèrent pas tout le temps avec régularité. L'auteur insiste aussi sur une contracture douloureuse du col qui persista même après la taille.

M. M. SÉE fait remarquer que les tubes ont mal fonctionné comme cela arrive très souvent. Il ne faut pas en placer une partie trop considérable dans la vessie, car ils peuvent blesser la vessie. La sonde à demeure dans la taille hypogastrique sans suture des parois vésicales ne fonctionne jamais.

M. PERRIER. — Pour que les tubes laissent passer avec régularité l'urine, il faut que leur extrémité vésicale ne puisse pas être coiffée par la muqueuse de la face postérieure de la vessie; d'où la nécessité de ne pas laisser le rectum distendu par des matières. Il faut aussi qu'ils aient un certain jeu pour pouvoir fuir lors des contractions vésicales. On ne doit donc pas les suturer à la peau.

M. KIRMISSON fait un second rapport sur une autre observation de M. FAUCON, intitulée : *Luxation complète de la rotule en dehors, avec renversement.* C'est un cas très rare, si rare que M. Kirmisson n'en a pas trouvé d'autres dans la littérature médicale, et si intéressant, que, pour en vérifier la possibilité, il a fait des recherches sur le cadavre. Ces dernières lui ont montré que cette luxation pouvait en effet se produire et de quelle façon elle pouvait se faire.

M. BERGER croit très probable le mécanisme invoqué par M. Kirmisson.

M. LE DENTU donne quelques renseignements complémentaires sur deux opérées de fistule vésico-vaginale pour cystites douloureuses. L'une d'elle, tuberculeuse, est resté quinze mois avec sa fistule vésico-vaginale; depuis la guérison de cette fistule, ce qui a eu lieu sans le moindre incident. son état local est si bon qu'on peut la considérer comme guérie de sa cystite douloureuse.

M. LAVAUX lit un travail sur le *traitement des cystites douloureuses.*

M. MONOD montre deux malades : 1° un panaris analgésique; 2° un opéré avec succès de greffe tendineuse du fléchisseur du pouce.

La Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 mai 1887. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. CADET DE GASSICOURT a employé la teinture de *Grindelia robusta* dans le traitement de la coqueluche et signale les bons effets de ce médicament. On donnera cette teinture à la dose de 40 à 100 gouttes par jour; l'extrait éthéré est deux fois plus actif.

M. MOUTARD-MARTIN dit qu'il faut tenir grand compte, dans l'appréciation des résultats, de la bénignité plus ou moins grande du cas observé. C'est ainsi que dans un cas fort grave, chez un enfant de 18 mois, il a employé le bromure de potassium au quinzième jour de la maladie; l'amélioration fut trop rapide pour être rapportée à l'usage de ce médicament. Chez trois malades, il a expérimenté la *Grindelia robusta* et véritablement il serait bien embarrassé s'il devait poser des conclusions.

M. CADET DE GASSICOURT ajoute que la *Grindelia* en est encore à la période d'expérimentation, mais les faits quil a observés lui font croire à l'efficacité du médicament.

M. BLACHEZ dit que le bromure de potassium est souvent utile. Il l'a expérimenté sur lui-même, après avoir pris, par jour, quatre à cinq cuillerées à café de teinture de Droséra. Devant un insuccès presque complet, il fit usage du bromure à dose progressive de 2 à 8 grammes par jour. Après quatre jours, les quintes, de 17, descendirent à 3, dans les 24 heures. Il changea d'air et fut guéri, conservant néanmoins un peu d'emphysème.

M. CADET DE GASSICOURT ne nie pas les bons effets du bromure, mais ce médicament doit être administré à doses élevées et lorsque la maladie est en décroissance.

M. FÉRÉOL ajoute que le simple changement d'air n'est pas suffisant : le malade devra habiter alternativement diverses pièces que l'on fera soigneusement désinfecter à mesure qu'il les aura quittées.

M. CADET DE GASSICOURT fait garder la chambre aux jeunes enfants, car cette affection prédispose régulièrement à la broncho-pneumonie. Au-dessus de 5 ans, il permet la sortie dans les cas de moyenne intensité. Quant à la durée de la contagiosité, il est difficile de répondre. Peut-être une coqueluche de deux mois est-elle encore contagieuse.

GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DE CHIRURGIE

X. Etudes sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical : par M. J. Bœckel (de Strasbourg). — Félix Alcan. Paris, 1887.

XI. Traitement des affections articulaires par l'électricité ; par le Dr Danion. — Oct. Doin, libraire-éditeur, Paris, 1887.

XII Traité de chirurgie clinique; par P. Tillaux (2e fascicule : maladies du rachis, du cou et de la poitrine).—Asselin et Houzeau, Paris, 1887.

X. Il y a peu de temps nous analysions ici-même (1) les nouvelles méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie. M. Bœckel vient de faire sur les kystes hydatiques du rein un travail qui, à l'heure qu'il est, résume d'une façon analogue l'état actuel de la question pour cet organe. Il est cependant plus étendu, car il comprend, outre l'exposé très détaillé des divers modes de traitement à employer aujourd'hui, tout ce qui se rapporte à l'historique, à l'étiologie et à la symptomatologie de cette affection. Quelques notions d'anatomie pathologique, quelques considérations diagnostiques et pronostiques trouvent même place dans cet opuscule qui renferme en plus deux planches. Les dessins représentent le kyste hydatique du rein opéré par M. Bœckel. C'est le premier cas de néphrectomie transpéritonéale pratiqué dans le but d'extirper pareille tumeur ; le premier cas, voulons-nous dire, qui ait été suivi de guérison.

Au point de vue du traitement, question la plus importante, voici quelles sont les conclusions de l'auteur :

1° Si la tumeur fait saillie dans les lombes, on doit pratiquer la *néphrotomie lombaire* (procédé de Péan-Volkmann) ; si elle proémine dans le flanc de l'hypochondre, on choisira la *néphrotomie latérale ou parapéritonéale* Ces deux néphrotomies, s'il le faut, seront transformées en *néphrectomies* au cours de l'opération ; 2° lorsque le kyste est volumineux, il fait ordinairement saillie dans l'abdomen ; on fera soit la *néphrectomie transpéritonéale* de Le Dentu, ou la *néphrectomie parapéritonéale* de Trélat. Si la néphrectomie est impraticable on se bornera à la *néphrotomie*. Dans tous les cas, opérer de bonne heure et employer l'antisepsie la plus rigoureuse. Inutile de faire l'éloge d'un pareil travail ; on connaît l'auteur.

XI. M. Danion a laissé de côté, dans son ouvrage, et cela de parti pris, tout ce qui se rapporte à la coxalgie. Bien que les résultats obtenus dans ce cas soient encourageants, il a préféré remettre à plus tard tout ce qui concerne cette localisation de la maladie articulaire. Avant de faire connaître les résultats qu'il a obtenus par ce modo de traitement dans les affections des articulations autres que celle de la hanche, M. Danion, qui est un ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, montre qu'en France on s'est bien peu occupé du traitement des lésions articulaires par l'électricité et affirme que les différents modes électriques (induit, continu, statique) sont tous utiles. Pour lui, dans tous les cas, à de très rares exceptions près, le symptôme *douleur* s'amende rapidement et même disparait assez vite sous l'influence de l'electricité dans ces affections. En ce qui concerne les maladies articulaires aiguës (arthrite rhumatismale, goutteuse, traumatique), ni l'acuité de l'inflammation, ni la lièvre ne sont des contr'indications à l'emploi de l'électricité, à condition d'employer le mode faradique et de n'agir qu'avec circonspection et progressivement. Le traitement par l'électricité donne aussi de très bons résultats pour les maladies subaiguës ou chroniques des articulations, sans excepter la tumeur blanche. L'hydarthrose seule paraît devoir rester rebelle à l'action des divers modes électriques et si la guérison peut survenir ce n'est guère qu'après l'intervention d'une inflammation qu'il faudrait alors provoquer. L'électricité agit peu aussi sur le rhumatisme noueux et l'arthrite sèche. Pour expliquer l'action de cet agent l'auteur donne les explications suivantes : le fluide nerveux est une transformation de l'énergie électrique accomplie à la faveur de la substance nerveuse et l'électricité a le privilège de restituer au système nerveux ses propriétés transformatrices perdues ou détériorées. Quoiqu'il en soit, si le médecin veut obtenir des résultats aussi beaux que ceux de M. Danion, il devra faire lui-même les applications électro-thérapiques ou les surveiller avec le plus grand soin.

XII. M. Tillaux vient de faire paraître le deuxième fascicule de son *Traité de chirurgie clinique*. Il a les mêmes qualités et..... les mêmes imperfections, on peut bien l'avouer, que le premier. Les chapitres de moindre importance sont très écourtés. On peut se demander s'il n'aurait pas mieux valu les laisser de côté. Il est vrai que dans ces conditions le titre de l'ouvrage aurait dû être tout autre ; mais M. Tillaux tenait à faire un traité *à la fois didactique et clinique* et non pas à colliger ses leçons de clinique chirurgicale en un ou plusieurs volumes. Peu importe d'ailleurs, puisqu'on trouve encore dans ce fascicule quelques chapitres de première importance, que les jeunes praticiens liront avec fruit. Citons entre autres celui qui concerne les tumeurs du sein. Ce chapitre est aussi intéressant à parcourir et aussi instructif que celui du premier fascicule où le chirurgien de l'Hôtel-Dieu traite des tumeurs de la parotide. On trouve de même dans cet ouvrage une étude complète de la section des nerfs du poignet et de leur traitement par la suture nerveuse ; M. Tillaux a étudié tout particulièrement cette question. Au point de vue physiologique, les opérations faites par ce chirurgien sont d'un haut intérêt. Il a démontré (c'est accepté aujourd'hui, malgré les anciennes expériences faites sur les animaux, d'ailleurs dans de mauvaises conditions), il a démontré, disons-nous, que la suture nerveuse ramène dans un temps très court chez l'homme la sensibilité dans le domaine du bout périphérique du nerf coupé.

Nous conseillons aux étudiants de ne point considérer l'ouvrage de M. Tillaux comme un traité de pathologie externe, mais de l'assimiler plutôt aux remarquables leçons du professeur Gosselin. Après avoir parcouru les vrais traités didactiques, lorsqu'ils auront une idée bien nette de l'ensemble de la pathologie chirurgicale, qu'ils lisent avec soin le traité que publie M. Tillaux et ils comprendront alors ce qu'est la vraie clinique. Procéder autrement serait peut-être plus agréable, plus facile, mais leur serait peut-être funeste. En outre, les médecins trouveront dans cet ouvrage l'exposé des idées de M. Tillaux ; ce chirurgien a une expérience et une valeur suffisantes pour qu'on doive ne pas ignorer ce qu'il pense et ce qu'il dit.

Marcel Baudouin.

CORRESPONDANCE

Les Exorcismes dans les hôpitaux d'Anvers en 1887.

31 mai 1887.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quinze ans, à maintes reprises, des critiques très vives s'étaient produites au sujet de la singulière façon dont la liberté de conscience était respectée dans les établissements hospitaliers d'Anvers. Mais, jusque dans ces tout derniers temps, l'Administration communale s'était bornée chaque fois à réclamer des explications du Conseil des hospices et elle s'était contentée des dénégations intéressées que celui-ci avait constamment opposées à toutes les plaintes. La situation vient de se modifier brusquement. A la suite de protestations indignées des internes et des employés de l'hôpital Ste-Elisabeth, et grâce au mouvement d'opinion provoqué par les sociétés rationalistes et démocratiques, qui luttent pour le principe de la sécularisation des hôpitaux, la Ville a ordonné une enquête, enquête qui a révélé des faits véritablement incroyables. Qu'on en juge par ces passages de la déposition faite devant la commission spéciale par un témoin, le président d'une société de libres-penseurs, lequel avait recueilli par lui-même de nombreux témoignages :

Les sœurs font exécuter à leur profit des travaux de couture par les femmes malades et convalescentes. Les sœurs obligent les

(1) Voir *Progrès médical*, n° 11, 14, 15, 1887, 1re série.

malades non pratiquant à assister aux offices religieux. Elles vont jusqu'à pousser sur les dalles froides de la chapelle des convalescents qui devraient rester au lit. De là des rechutes qui étonnent les médecins assez naïfs pour ne voir dans les sœurs que des anges d'abnégation et de dévoûment.

Le règlement des hôpitaux interdit toute manifestation d'un culte quelconque dans les salles : or, les christs, les vierges, les saints de proportions gigantesques couvrent les murs des salles de malades et même du réfectoire des internes.

Les sœurs font réciter les prières à haute voix, le matin, dans la journée et le soir. Dans les salles, on passe de lit en lit matin et soir avec un goupillon d'eau bénite. Ceux qui refusent d'en prendre sont appelés *Smeerlap* ! (Saligaud !)

Les prêtres, lorsqu'ils doivent administrer un malade, font par ostentation le tour de toutes les salles, avec leurs ustensiles et précédés d'une sœur agitant une sonnette. Les sœurs forcent alors les malades à s'agenouiller, même ceux qui sont dans leur lit. Généralement, quand un malade ne va pas bien, les sœurs appellent le prêtre au lieu de demander l'interne de service, lequel dans beaucoup de cas pourrait soulager le malade.

Les malheureux enfants des salles 10 et 11 sont obligés en janvier de traverser les cours de l'hôpital Sainte-Elisabeth à six heures du matin pour assister, sans pardessus, dans une froide chapelle, à la messe qui commence à six heures et demie. — Tout le personnel infirmier se trouve sous les ordres des sœurs.

La superstition des sœurs leur fait considérer les malades à affections nerveuses comme des possédés du diable. De là toutes sortes de manœuvres, prières et simagrées pour chasser l'esprit du mal. Une jeune femme, Mlle Julie M..., était atteinte de folie puerpérale, les sœurs et le prêtre la considéraient comme possédée du diable ; pour chasser celui-ci on récita autour de la malade chapelets et prières à haute voix. Ensuite des petits cœurs de Jésus découpés dans du drap rouge furent déposés autour, dessus, dessous elle dans son lit ; malgré ces cœurs, les prières et les chapelets, aucun changement ne se produisit. Alors un chat fut enfermé avec elle dans sa chambre (Mlle M... était une malade payante) afin que le diable, fatigué d'habiter cette demoiselle, vint se réfugier dans le corps de l'animal. Ce nouveau moyen n'étant pas plus efficace que les autres, les sœurs et le prêtre ne trouvèrent rien de mieux que de passer à la malade la camisole de force.—Sans aucune notion des éléments de l'art de guérir, les sœurs transgressent journellement les lois les plus simples de l'hygiène. Entre mille autres faits, je signale qu'il leur arrive de faire battre les matelas dans les salles de malades et d'y laisser sécher les linges qui ont servi aux pansements.

Les sœurs sont tellement intolérantes, qu'une demoiselle entrée une première fois à Sainte-Elisabeth, comme libre-penseuse, ne voulut plus faire la même déclaration quand elle y revint une seconde fois ; car elle avait trop souffert de l'intolérance des sœurs.

Citons encore ces fragments de la déposition d'un interne :

J'ai signalé dans une lettre à l'Administration et remise au directeur, les faits suivants, qui se sont passés pendant le Carême : J'avais demandé aux malades s'ils désiraient jeûner. Un malade de la salle 5 me dit qu'il prendrait volontiers de la viande comme d'habitude. Je lui en prescris. Venant contrôler le repas et voyant mon homme sans viande, je lui en demandai la raison. « La sœur, me dit-il, m'a invité à ne pas la manger. » Je me rends dans la salle à côté où se trouvait cette sœur, en compagnie de la sœur Ursule. Je lui demande pourquoi le malade n'a pas sa portion. La sœur me répond : « Il m'a dit qu'il ne la voulait pas. » J'ai fait observer à la sœur la contradiction entre la réponse du malade et la sienne.

A la salle 25, le même jour, une sœur me demande de prescrire plusieurs portions de viande. Je le fais. J'arrive pendant le repas. Il n'y avait pas un atôme de viande dans la salle. La sœur m'avait trompé et celle qui cuisine n'avait pas donné ce qui était prescrit. Un malade de la salle 23 s'est plaint à moi de ce qu'on lui avait donné des savates dont les clous lui passaient dans les pieds. Ce malade est revenu salle 3 ; les sœurs Ursule et Alphonse se sont moquées de lui. Il était libre-penseur.

A la salle 21, comme, un matin, je disais, en voyant le cadavre d'un homme : « Tiens, il est mort, le pauvre vieux ! » la sœur Guillaume me répondit : « Oui, monsieur, il est mort comme un chien. » Je me suis fâché et ai remis la sœur à sa place. J'appris par le domestique que le malade avait été tourmenté par le prêtre, la nuit, parce qu'il voulait mourir en libre-penseur.

J'ai fait une opération césarienne. La femme était mourante depuis plusieurs jours. Comme les sœurs étaient déjà accourues plusieurs fois me dire : « Venez, monsieur, elle va mourir, » et que je savais que l'enfant était mort, j'ai fait part à mon chef de mes hésitations à pratiquer l'opération. Il m'a dit qu'ici, à Anvers, cela devait se faire. Pendant que j'attendais le dernier soupir de cette malheureuse, la sœur Mecthilde, qui se tenait à la tête du lit, me faisait signe en disant : « Allez, elle y est. » A peine avais-je la tête de l'enfant hors de l'incision abdominale, que le curé avançait une espèce de tasse et versait sur la tête son eau bénite. Je fis remarquer à ce prêtre que l'enfant était mort depuis longtemps et était déjà en putréfaction.

Un soir, un collègue, qui était de garde, me montra, ainsi qu'à un autre interne, une femme enceinte de trois mois et demi, je crois, qui était près de mourir. La sœur Ludwide prit le couteau, vint le mettre dans la main du premier interne en le suppliant d'opérer pour pouvoir baptiser l'enfant. Sur son refus, la sœur renouvela sa demande à l'autre interne et à moi. Elle était très triste.

J'ai eu dans mon service une malade atteinte d'une folie, suite de couches. Cette femme parlait très bien, seulement elle avait des accès de dépression, de tristesse, puis des périodes d'expansion, de gaieté. J'ai remarqué que les sœurs cousaient sur son oreiller des cœurs rouges, lui mettaient en mains de vieux livres de prières et des chapelets que la malade me montrait d'un geste significatif lorsque la sœur avait le dos tourné.

La sœur a demandé à mon chef de pouvoir transférer la femme de la salle payante dans un petit cabinet d'isolement ; cela à la suite d'un accès de fureur contre la sœur. La malade se plaignait quotidiennement à moi de ce que la sœur refusait de lui passer ceci ou cela. Un jour, arrivant à l'improviste, j'ouvre la porte de la chambre. Un chat en sort et s'enfuit. La malade me dit : « Voyez-vous? on m'enferme avec un chat, c'est pour le démon. » Comme cette femme réclamait parce que les sœurs l'enfermaient à clef, j'ai dû prendre la clef en poche.

Un dimanche, on est venu me dire qu'elle était devenue très méchante et je me rendis auprès d'elle. Les sœurs lui avaient mis la camisole de force sans l'avis de l'interne de garde. J'ordonnai aux deux sœurs qui se trouvaient là de délier les liens. Toutes deux refusèrent. Je courus chez le directeur, qui n'était pas chez lui. J'ai ôté moi-même la camisole de force. J'ai raconté cela à mon chef, décédé depuis lors. Il m'a répondu que lorsque je voyais des abus, je devais laisser faire, parce qu'il n'y avait pas moyen d'y remédier.

Ce qui est particulièrement intéressant pour nous, c'est la constatation de ce fait si grave : à notre époque de positivisme et de science, dans les hôpitaux d'une des villes les plus importantes du globe, on pratique encore des exorcismes ! « Nous « avons sous les yeux, a dit un journal d'Anvers, un fac simile « des amulettes placées par les sœurs dans et sur le lit des « malades. Sur un fond de flanelle blanche se détache un cœur « rouge surmonté d'une croix de même couleur, avec cette « inscription au-dessous: Que votre règne nous arrive. Arrière, « Satan ! Le cœur de Jésus est avec nous ! — C'est ainsi que « l'on guérit les maladies nerveuses, à l'hôpital Sainte-Elisa- « beth, sous une administration *libérale !* »

L'Administration des hospices, cela va sans dire, a essayé d'infirmer ces écrasants témoignages ; elle a essayé aussi d'intimider son personnel, allant jusqu'à révoquer un interne sous le prétexte qu'il avait parlé à des personnes étrangères à l'hôpital de ce qui se passait dans cet établissement. Et comme elle renferme dans son sein des personnalités fort en vue dans le parti libéral doctrinaire, auquel appartient la majorité du Conseil communal, celui-ci, après avoir reçu communication du rapport détaillé de la commission d'enquête, s'est borné à voter, le 23 mai, par 20 voix contre 9, l'ordre du jour plus qu'anodin dont voici le texte :

Vu le rapport de la commission d'enquête ; attendu que les faits dont ledit rapport affirme l'existence et qui concernent surtout l'hôpital Sainte-Elisabeth, sont demeurés établis ; — attendu que l'Administration des hospices déclare qu'aussitôt que ces faits ont été portés à sa connaissance par l'enquête, elle a donné les ordres nécessaires pour en prévenir le retour ; — Attendu que l'exercice du droit de surveillance que la loi attribue à l'Administration communale, donne les garanties nécessaires du respect de la liberté de conscience dans les hôpitaux civils ; — Le Conseil communal, prenant acte des déclarations faites, passe à l'ordre du jour.

Ce vote aura pour résultat une scission complète entre les progressistes et les doctrinaires anversois. Il a été un véritable coup de fouet pour l'opinion publique, et, dès aujourd'hui, on peut dire que, malgré la faiblesse de quelques hommes, *la cause de la laïcisation des hôpitaux est gagnée à Anvers.*

A. D.

Réclamation de M. de Wecker. — Réponse de M. Poncet.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans l'avant-dernier numéro du *Progrès médical*, le critique de la *Revue ophthalmologique* borne l'analyse du premier fascicule du

T. IV du *Traité complet d'ophthalmologie* à cette courte observation : « Nous constaterons que publier à Paris un livre absolument inspiré aujourd'hui par la science allemande, avec un caractère d'exclusivisme semblable est une erreur qui devient de moins en moins acceptable par les lecteurs français. » Ce jugement est basé sur le fait que je n'ai pas assez tenu compte des travaux d'anatomie pathologique de la rétine, publiés en France, et, en particulier, de ceux du critique, M. Poncet. Ma gallophobie n'a donc éclaté qu'à la publication du premier fascicule du T. IV, qui traite exclusivement des maladies de la rétine, car celui qui renferme les maladies de la choroïde cite non seulement les travaux de M. Poncet, mais en reproduit même les dessins avec une description détaillée. (Voy. T. II, fig. 118, 119, 141, etc.). Si l'honorable critique avait voulu attendre la terminaison du T. IV, il aurait rencontré, pour les maladies du nerf optique (sous presse en ce moment), le contraire de cet « exclusivisme » qu'il a cru voir dans le fascicule consacré aux affections de la rétine, et qui n'y est, en réalité, qu'apparent. Ici aucun des travaux d'anatomie pathologique (tous indifféremment cités dans la bibliographie) n'ont acquis, de quelque provenance qu'ils soient, une importance capitale, et, comme je le dis dans la monographie des maladies du nerf optique, un revirement doit se faire dans une classification mal étayée par l'anatomie pathologique. On divisera les maladies de la rétine en affections qui reviennent à la choroïde ou qui se rattachent à l'expansion intra-oculaire du nerf optique. Pour l'appareil tactile, la rétine proprement dite, il ne restera certainement pas grand'chose ; j'ai donc tâché d'éviter tout encombrement reconnu d'avance inutile.

Le critique de la *Revue d'ophthalmologie* de votre estimé journal n'ignore pas que, venu fort jeune en France, y ayant fait une grande partie de mes études, ainsi que mon doctorat, j'y ai passé trente années, la majeure partie de ma vie. Serait-il assez aimable de me dire si, lorsqu'on aura replanté en France de pieds américains les vignes ravagées par le phylloxera, on qualifiera d'Américain ou de Français le vin qu'elles donneront et s'il admet, pour le règne végétal d'autres lois que pour le règne animal.

Je me serais tu s'il s'était agi d'une analyse de mon travail, mais en réalité il a été simplement exécuté. Quoi qu'en fait de critique, je pense, à tort ou à raison, que bon vin n'a pas besoin d'enseigne, je dois à ceux des lecteurs du *Progrès médical* qui, de mon livre ne retiendront que cette exécution sommaire, l'aveu qu'en le rédigeant et en écrivant ce qui en reste encore à écrire, je me suis toujours donné pour règle de prendre des produits intellectuels ce qui me paraissait le meilleur et le mieux à ma portée. Quant au genre ou à l'espèce de cerveau qui en avait fourni la sécrétion, c'est là une préoccupation anthropologique qui ne m'a jamais hanté l'esprit.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef...

L. de Wecker.

Paris, 30 mai 1887.

Mon cher Directeur,

Vous voulez bien me faire parvenir une lettre de M. De Wecker en réponse à l'analyse que j'ai faite de 2 fascicules nouveaux de son ouvrage sur les Maladies oculaires. Il y a bien des choses dans cette lettre : l'annonce du 2e fascicule du tome IV, la jeunesse de l'auteur, les vignes américaines et la sécrétion du cerveau !

Eh bien, précisons : M. De Wecker a commis la faute de publier à Paris en 1887 une anatomie de la rétine, sans dire un mot des leçons de Ranvier (de l'Institut) sur ce sujet, non plus que de celles de Renaut, professeur à Lyon (1881). Il nous a donné la traduction de l'anatomie de Schwalbe, parue en 1874 dans l'ouvrage de Sæmisch et Græfe et il pense que les lecteurs français seront contents ! Jamais M. De Wecker n'effacera cette omission volontaire ou involontaire, que je ne suis pas le premier à signaler et sur laquelle il eût été plus sage ne ne pas appeler l'attention.

Pour les vignes américaines, le même auteur dans sa lettre oublie la greffe française sans laquelle le pied étranger ne fournit rien de bon ; j'ai constaté avec regrets que M. De Wecker, pour l'anatomie de la rétine, avait oublié la greffe du Collège de France, sur les pieds anciens et allemands.

Non, je n'ai rien à retrancher de mon analyse dans laquelle je signalais pour certaines parties, ce caractère d'exclusivisme inacceptable aux lecteurs français, tout en rendant justice à des confrères belges ou suisses et même français dont les monographies ont une saveur bien différente.

Bien à vous, Poncet.

3 juin 1887.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de chirurgie d'armée ; par le Dr Audet, médecin-major de 2e classe. — Paris, Delahaye, 1886.

Depuis 1870, la chirurgie d'armée s'est complètement transformée ; non seulement elle a, comme la chirurgie ordinaire, subi l'influence de la révolution antiseptique, mais elle a aussi été profondément modifiée par la transformation de l'armement ; en outre les nouvelles conditions de mobilisation et de tactique ont nécessité une réorganisation du service de santé qui a été arrêté d'une manière probablement définitive dans le règlement du 25 août 1884. Les guerres qui ont eu lieu depuis vingt ans ont permis d'élucider des questions qui avaient été seulement posées en Crimée, en Italie et lors de la guerre de la Sécession. Bien des points importants restent encore obscurs, mais il est possible cependant d'établir dès à présent certains principes généraux et des règles précises qu'il est nécessaire de vulgariser. Le livre de M. Audet, expose ces principes et ces règles, il comble une lacune dans la littérature chirurgicale française et il est destiné à rendre de grands services en traçant la conduite générale que l'on doit désormais adopter dans la chirurgie de première ligne qui est peut-être la plus importante, car « tant vaut la chirurgie de première ligne, tant valent les résultats vitaux et fonctionnels de toute une campagne. »

C'est un manuel, ainsi que son nom l'indique, mais il fournit des renseignements très complets sur tous les points nouveaux qu'il importait surtout de mettre en lumière. L'application de l'antisepsie y est étudiée avec grand soin et on y laisse entrevoir les progrès qui seront réalisés par l'introduction des projectiles en métal durci ou à chemise d'acier.

Ainsi qu'il l'a déjà dit au 1er Congrès français de chirurgie, M. Audet regarde comme illusoire le paquet antiseptique donné à chaque soldat et il n'est pas partisan de l'antisepsie appliquée sur le champ de bataille ni même au poste de secours ; en ces deux points on doit ramasser les blessés et les évacuer le plus vite possible sur l'ambulance. Là seulement commence le rôle de l'antisepsie ; on y pansera tous les blessés transportables et ceux chez lesquels on devra faire des opérations d'urgence ; chez ces derniers on se gardera bien de faire des sutures, on se contentera d'affronter la plaie avec une bande roulée ; le pansement sera antiseptique et surtout occlusif, fait avec un tampon imprégné de liquide ou de poudre antiseptique et recouvert d'ouate ; les blessés pourront ainsi attendre un ou plusieurs jours, et une fois qu'ils seront installés dans un hôpital de compagne ou un hôpital de l'arrière, il seront soignés suivant la méthode antiseptique rigoureuse, telle qu'elle est appliquée en temps de paix dans les hôpitaux ordinaires.

Nous ne pouvons résumer ni même citer tous les chapitres intéressants de cet excellent petit livre. Nous nous arrêterons seulement à la partie la plus nouvelle et la plus originale, à celle qui traite de l'intervention chirurgicale dans les blessures des membres. Dans presque tous ces cas, on se trouve en présence de trois partis à prendre : l'amputation, la résection et la conservation. L'amputation, regardée autrefois par tous comme une règle doit être aujourd'hui rarement employée et réservée seulement aux cas les plus graves ; elle sera faite primitivement chaque fois que la conservation ne pourra donner de résultats utiles ou que la vie du blessé sera mise en danger par la non-intervention ; le procédé ordinaire sera la méthode circulaire. La résection, à un moment donné, semblait appelée à révolutionner la chirurgie de guerre, mais il faut avouer que cet espoir a été complètement déçu et que la résection, soit primitive, soit secondaire, est en pareil cas une détestable opération, ou du moins qu'elle n'offre que de bien rares indications. Ce n'est pas elle, mais la conservation, qui a bénéficié de l'introduction de la méthode antiseptique. La conservation doit être la règle dans la grande majorité des cas, elle fait des progrès chaque jour grâce à la méthode antiseptique, et si l'on adopte les nouveaux projectiles à chemise dure qui font dans les tissus des trajets à parois nettes, sans déchirures ni esquilles, M. Audet considère que ce sera la seule méthode de traitement dans presque tous les cas. La conservation repose sur trois principes : l'extraction des esquilles libres, l'immobilisation du membre, dans la flexion à

angle droit pour le membre supérieur, dans la position rectiligne pour le membre inférieur, et enfin l'occlusion antiseptique, et si cette occlusion est impossible, le drainage antiseptique. Il est évident que ces indications générales ne sont pas immuables et qu'elles doivent varier non seulement pour chaque région, mais encore pour chaque blessure. On trouvera dans le livre de M. Audet une étude particulière des blessures de chaque région avec l'exposé des différentes opinions émises à leur sujet et les raisons qui font choisir telle ou telle conduite, avec statistiques à l'appui, ces statistiques étant envisagées au double point de vue du résultat vital et du résultat fonctionnel. Nous appellerons notamment l'attention sur les chapitres qui traitent des blessures de l'épaule, du coude, des doigts, de la hanche. Il faut l'avouer, toutes ces indications basées sur les statistiques, fut-ce les plus récentes, ne peuvent avoir qu'une valeur relative, car jusqu'ici nous ignorons encore tout ce que pourra donner la méthode antiseptique. En chirurgie ordinaire, depuis l'introduction de l'antisepsie, tout est à réviser ; il est possible qu'il en soit de même en chirurgie de guerre. Toutefois, d'après les résultats obtenus par Bergmann et de Reyher dans la guerre turco-russe, il paraît bien probable que les progrès qui viendront de ce chef ne pourront que favoriser la conservation. G. Maunoury.

Physiologie spéciale de l'Embryon ; par W. Preyer, professeur à l'Université d'Iéna, 1 vol. de 640 pages avec figures dans le texte et 9 planches coloriées, traduit de l'allemand par le Dr Wiet. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1887.

Les travaux qui traitent de la physiologie de l'embyron se trouvaient jusqu'ici dissséminés sans ordre dans différentes publications : les recherches sur les phénomènes de la vie avant la naissance, si nombreuses qu'elles aient été, n'étaient groupées nulle part. Tandis que l'étude morphologique du développement de l'embryon est présentée dans une foule d'ouvrages, les notions physiologiques sur cette période de l'existence ne sont exposées dans aucun livre. Tous les efforts ont été dirigés vers la genèse des organes : on a presque constamment négligé l'examen de la naissance des fonctions. A la vérité, cet abandon et ce délaissement se justifient par la pauvreté de nos connaissances : il semble difficile de réunir et de coordonner des recherches qui sont manifestement incomplètes, quand elles ne sont pas contradictoires. C'est que le physiologiste n'est pas à son aise pour expérimenter dans de telles conditions, pour se rendre maître des phénomènes qui se passent avant la naissance ; les instruments d'étude dont il dispose sont encore bien grossiers pour s'appliquer à des expériences aussi délicates et aussi minutieuses. Et puis, les matériaux lui manquent trop souvent : il en coûte d'opérer sur une femelle de grand mammifère, là où les procédés expérimentaux seraient d'un usage plus facile. D'autre part, les embryons humains ne se rencontrent pas fréquemment à la disposition des physiologistes. Il faut se contenter, pour les recherches courantes, de l'examen des œufs d'oiseaux ou des femelles de cochon d'Inde. Aussi notre ignorance des phénomènes fonctionnels avant la naissance persistera-t-elle jusqu'au jour où un appareil ingénieux nous permettra d'examiner l'embryon dans l'utérus maternel, sans apporter de troubles à l'existence de l'un ou de l'autre des deux êtres.

Si nous n'avons pas d'ouvrage complet sur la physiologie de l'embryon, nous possédons en revanche, de nombreux documents sur cette partie de l'histoire du développement. Ce sont ces documents que M. Preyer a réunis et coordonnés de façon à constituer une étude générale et rigoureuse. Mais cette coordination ne pouvait être faite que par un savant adonné lui-même à des recherches de cet ordre : la réunion bout à bout aurait produit un imbroglio absolument confus. Aussi, c'est en partant de ses propres travaux, c'est en comparant les résultats obtenus par ses devanciers avec les données de ses expériences personnelles, que M. Preyer a pu écrire un livre lisible et utilisable. Toutes les fonctions de l'embryon sont tour à tour décrites dans son ouvrage et il est facile de connaître, à propos de chacune d'elles, l'état de la science contemporaine Ce volume se recommande donc par des qualités de premier ordre ; la traduction due à M. le Dr Wiet est très précise et les figures qui sont jointes au texte aident beaucoup à la démonstration.

Congrès périodique international des sciences médicales. 8e session : Copenhague; 1884. — Copenhague, Librairie Gyldendal, 1886.

Le compte rendu, publié au nom du Bureau, par M. Lange, secrétaire général, se compose de quatre volumes in-8. Cette publication est dédiée à la mémoire de MM. les professeurs P.-L. Panum, président de la 8e session du Congrès ; du Dr V. Holmer, président du Comité d'organisation de la section de chirurgie ; du Dr N. Salomon, président de la section de médecine militaire, qui tous les trois avaient pris une part active à l'organisation du Congrès. Le texte des communications est reproduit en français, en danois, en anglais et en allemand. Dans les discussions on a laissé les discours des orateurs dans leur langue maternelle. Toutefois, nous avons remarqué avec plaisir que le plus souvent les médecins Danois avaient exprimé leur opinion en français ; nous ne saurions trop les remercier de ce témoignage de sympathie.

Nous rappellerons d'ailleurs que M. le profess. Panum, président du comité d'organisation et M. Lange, secrétaire général se sont exprimés en français à la séance d'ouverture. Nous n'avons pas à revenir sur l'analyse détaillée des communications faites au Congrès que nous avons données au fur et à mesure dans le *Progrès médical*. Nos lecteurs ont intérêt à se procurer le texte complet de la session danoise du congrès de médecine internationale, qui a été revue et coordonnée avec le plus grand soin par M. Lange.

Un nouveau sac à linge pour l'armée ; par W. Thornton Parker. — New-Port, David et Pitman, 1887.

« Plus la charge du soldat sera légère et mieux cette charge sera répartie, plus le soldat sera valide. » Tel est le principe que Dr Thornton Parker inscrit en tête de la description d'un nouveau sac pour l'armée qu'il a inventé. Ce sac est en toile légère et imperméable et pèse deux cents grammes. Il se compose d'une bande de toile longue de 1m 40 sur 40 à 50 centimètres de large, plié de façon à former un sac subdivisé en trois compartiments par des cloisons transversales ; le sac est fermé par un couvercle maintenu par six boutons ; aux deux extrémités se fixe une courroie qui permet de porter ce sac en sautoir sur l'épaule gauche.

Ce sac peut contenir deux caleçons, deux chemises, deux paires de bas, des serviettes. On peut le porter indifféremment sur l'épaule ou enroulé dans sa couverture. Lorsque le soldat est arrivé a une étape, il peut laisser son sac fermé et éviter ainsi de salir son linge, ce qui arrive fatalement lorsqu'il est placé avec les autres objets. Placé sur l'épaule gauche, il laisse la droite complètement libre pour le maniement du fusil. S.

Du phlegmon sous-pectoral dit spontané chez les alcooliques ; par le Dr Lardier (Rambervillers) 1886.

Dans ces quelques pages, lues au Congrès de Nancy, l'auteur s'appuyant sur quatre observations que l'on regrette de ne pas trouver plus complètes essaye de démontrer que le phlegmon sous-pectoral, survient souvent chez les individus prédisposés, par distension des fibres du tissu cellulaire (auto-traumatisme) et qu'il peut donner lieu en se résorbant à des foyers à distance (auto-infection). Il conseille l'incision précoce (méthode excellente à coup sûr mais qui ne parait nullement découler de ses observations) et l'emploi de la strychnine si le sujet est alcoolique. G. Maunoury.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

L'arrest du 27 janvier, rendu par le Conseil d'Etat, est suivi d'une importante résolution, prise par les gouverneurs. Le Chapitre de Notre-Dame semble hésiter à soutenir, à l'Hôtel-Dieu, un maître au spirituel aussi ignorant ; cependant il lui coûte de céder à des laïques, à des bourgeois. Il ne peut se résoudre à abandonner ce pouvoir temporel, que, légalement, il n'a plus, mais que la faiblesse de ceux auxquels on l'avait confié, lui avaient fait espérer encore. Ce Lesecq, intrigant et aventurier, était l'homme qu'il lui fallait ; la brutalité fougueuse avec laquelle il avait renversé en quelques mois toute l'organi-

sation des services de l'Hôtel Dieu, avait failli rendre au clergé de Notre Dame sa toute-puissance d'autrefois. Aussi, malgré les plaintes justifiées déposées contre Leseeq, messieurs du Chapitre restent ou font semblant de rester dans l'incertitude, afin de gagner du temps. D'un côté, ils déclarent avec aplomb qu'ils renvoient Lesecq; d'un autre, ils font tout ce qu'ils peuvent pour le conserver en ses fonctions, en demandant du temps pour lui choisir un successeur, Quant au Bureau, il rappelle à nouveau, dans sa résolution, les anciens règlements tombés en désuétude, et s'efforce encore une fois de rétablir solidement l'autorité pleine et entière sur le temporel, qui lui a été confié par Louis XII en 1505. Mais, comme toujours, messieurs les gouverneurs sont débordés; on voit qu'ils ont une peine inouïe à lutter contre la puissance du clergé, lançant partout ses espions et ses enjôleurs, qui deviennent les chefs de menées puissantes, chargées d'arrêter les progrès de la conquête laïque sur les hôpitaux.

Février 1635. — *Mémoire et Resolutions pour l'establissement des affaires entre les seigneurs du Chapitre et les seigneurs administrateurs au temporel.* — Messieurs du Chapitre ont congédié et faict sortir de l'Hostel Dieu M. Nicolas Leseeq et et il est à croire que pour le bien et repos de la maison, ilz luy auront deffendu d'y fréquenter directement ny indirectement.

Ils ont désiré auparavant que de choisir et présenter ung aultre vicaire pour le spirituel en la place du Sr Leseeq de conférer avec Messieurs du Temporel pour demourer d'accord de la fonction des ungs et des aultres affin de ne retomber dans les rencontres et entreprinses dudict Leseeq quy ont apporté le désordre et le trouble en ladicte maison.

De sorte que pour ne se préjudicier les ungs aux aultres, lesdicts seigneurs du Chappitre seront priez de s'advouer la requeste présentée au Grand Conseil, soubz le nom du Grand aulmosnier. Comme aussy renonceront à l'arrest par eulx obtenu au privé conseil le 11 janvier dernier. Recognoistront pour seulz juges en cas de differend Messieurs du Parlement ausquelz par l'arrest de mil cinq cens cinq, toute cour et juridiction leur est attribuée. Demeureront daccord que le spirituel ne s'estend qu'à celebrer le service divin et à l'administration des sacrementz, Et pour ce faire bailleront leur vicariat à une personne de qualité requise regullier de l'ordre de St-Augustin suivant l'institut, lequel auparavant que de le présenter en advertiront ceulx du Temporel pour s'en pouvoir informer.

Restabliront l'ordre des religieuses en tel estat qu'il estoit auparavant que ledict Lesecq fust estably sans aulcun novitiat aincy qu'il avoit esté de tout temps observé, d'aultant qu'il a esté nouveauté et grandement préjudice au service des mallades Seront priez que faisant quelques statutz de les communiquer comme il s'est tousjours pratiqué affin que comme le principal vœu est fondé sur le traittement des malades il n'y en ait un qui les en puisse divertir.

Les gens deglises et religieuses nécessaires à la maison seront présentés au Bureau pour y estre receues et enregistrées comme il est accoustumé. Tous officiers domestiques nécessaires pour le Temporel seront establis par les administrateurs ou par ceulx quy seront par seulx envoyés sans qu'ilz puissent estre traduits par devant le bailly du Chapitre (*Liasse* 875).

Ces résolutions du Bureau sont peu du goût de Messieurs du Chapitre. Au lieu de renvoyer le maître au spirituel comme ils l'avaient promis, ils entament un nouveau procès.

(A suivre)

Jurisprudence médicale.

Sage-femme recevant des pensionnaires. — Registre des logeurs. — Arrêté du maire. — Illégalité (1).

Les sages-femmes recevant uniquement chez elles les femmes enceintes, ne peuvent, tant à raison du secret professionnel qu'à raison de ce que les maisons d'accouchement ne peuvent être considérées comme des lieux ouverts au public, être assimilées aux aubergistes-logeurs.

Ainsi jugé par le rejet du pourvoi du ministère public de Privas, contre jugement du tribunal de simple police de cette ville, du 13 mars 1886, ayant relaxé la femme Chaussedent.

« La Cour, Ouï M. le conseiller Sallantin en son rapport, conclusions conformes de M. l'avocat général Loubers;

« Sur l'unique moyen du pourvoi, pris de la violation des lois des 16, 24 août 1790 et 19-22 juillet 1891 et de l'article 471, n° 15 du Code pénal, en ce que le jugement attaqué a déclaré illégal et non obligatoire l'arrêté du maire de Privas du 8 novembre 1875, qui prescrit aux sages-femmes recevant chez elles des pensionnaires, de tenir un registre semblable à celui imposé aux aubergistes et logeurs;

« Attendu que le jugement attaqué constate en fait que la femme Chaussedent exerce la profession de sage-femme et reçoit uniquement chez elle des femmes enceintes qui viennent réclamer ses soins;

« Attendu que les sages-femmes ne peuvent être assimilées aux aubergistes, logeurs, hôteliers ou loueurs de maisons garnies, ni être tenues des obligations imposées à ceux-ci par l'article 474, n° 2, du Code pénal; qu'une pareille assimilation serait d'ailleurs contraire aux prescriptions de l'article 378 du Code pénal, qui oblige les sages-femmes, aussi bien que le médecin, à garder les secrets dont elles sont dépositaires à raison de leur profession;

« Attendu qu'aucune loi spéciale n'a placé les maisons d'accouchement sous la surveillance de l'autorité municipale; que, d'une autre part, les maisons de ce genre ne peuvent être considérées comme des lieux ouverts au public sur lesquels les maires ont un droit de police et de réglementation en vertu de la loi du 5 avril 1884; — « Attendu, dès lors, qu'en refusant de reconnaître la légalité des articles 6, 7 et 8 de l'arrêté de police pris par le maire de Privas, le 8 novembre 1875, le tribunal de simple police de cette ville, loin d'avoir violé la loi en a fait une juste application, « Rejette. » (Le *Droit*, journal des tribunaux, du 13 août 1886).

L'ovariotomie et le sens génésique.

L'éminent chirurgien Lawson Tait a publié, dans le *British medical Journal*, une leçon fort intéressante concernant l'ovariotomie et les attaques dont cette opération a été le but. La partie la plus importante de cette leçon est celle qui a trait à une recherche à laquelle il s'est livré auprès d'un certain nombre d'ovariotomistes pour s'enquérir des conséquences psychologiques et physiologiques de l'opération. La première a accusé les symptômes suivants (après guérison complète de la plaie et rétablissement total, cela va sans dire) : de temps à autre des frissons, alternant avec des poussées congestives à la face ; le caractère est inquiet, morose, agacé ; la patiente, qui a vingt-deux ans et qui s'est mariée peu après l'opération, regrette de s'être mariée et les devoirs conjugaux lui répugnent au point qu'elle a l'idée de quitter son mari. Après plus de deux ans, ces symptômes disparaissent, et le mari est récompensé de sa patience. Chez une autre, mêmes phénomènes, avec l'aggravation qu'elle se livre à la boisson. La cure est longue, mais au bout de quatre ans elle est complète : l'appétit sexuel est chez elle « presque agressif » dit son mari. Lawson Tait considère que les symptômes généraux consécutifs à l'ovariotomie (double) sont un pendant très fidèle des symptômes de la ménopause. Il ajoute que dans aucun des cas à lui connus, il n'y a eu, de par l'opération, abolition d'appétits existant auparavant. Sur ce point, il est catégorique. Mais il ajoute aussi que dans la majorité des sujets rien n'existait avant l'opération. Dans certains cas où il a pratiqué l'ovariotomie sur des jeunes filles, l'opération n'a pas empêché l'accomplissement très satisfaisant du mariage (sept cas). D'autres fois, l'opération a fait revenir une condition que le mal avait fait disparaître. Il faut conclure du travail de Lawson Tait que la question conjugale ne doit pas entrer en ligne de compte dans la discussion des indications opératoires. (*Revue scientifique.*)

La presse et les médecins.

Le journal réactionnaire l'*Echo de l'Est*, qui se publie à Bar-le-Duc, a accusé jadis un médecin de la commune de Beaugé (Meuse), M. B... d'avoir par sa brutalité, causé la mort d'un de ses clients. M. B... assigna l'*Echo* en diffamation devant le tribunal de Bar-le-Duc, qui ordonna une enquête sur les imputations formulées contre le praticien. La cour de Nancy a réformé ce jugement en disant que l'*Echo* avait notablement excédé les limites du contrôle que peut exercer la presse, usé de mauvaise foi et porté un grave préjudice à M. B . Elle a condamné l'*Echo* à 10.000 fr. de dommages-intérêts, à l'insertion dans tous les journaux du département, et à l'affichage à la porte des mairies des communes où les faits relevés dans la cause s'étaient produits.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 13. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Blachez, Landouzy.

(1) Cour de cassation (chambre criminelle), présidence de M, le président Lœw; audience du 20 juin 1886.

— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) 1re *Série* : MM. Pinard, Terrier, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Reclus, Marchand, Budin ; — (2e partie) : MM. Charcot, Potain, Rendu.

MARDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie): MM. Dieulafoy, Troisier, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série*: MM. Lannelongue, Tarnier, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Polaillon, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil, Debove.

MERCREDI 15. — 3e *de Doctorat* (2e partie), 1re *Série* : MM. Potain, Damaschino, A. Robin ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Fournier, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Lannelongue, Terrier, Budin ; — 2e *Série* : MM. Pinard, Blum, Segond.

JEUDI 16. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Duplay, Humbert. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Marc Sée, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie : MM. Jaccoud, Grancher, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. G. See, Troisier, Debove.

VENDREDI 17. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Blachez, Straus. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) 1re *Série* : MM. Trélat, Blum, Budin ; — 2e *Série* : MM. Pinard, Marchand, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Charcot, Potain, A. Robin.

SAMEDI 18. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Laboulbène, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Grancher, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon ; — (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Joffroy.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi 14. — M. Bordes-Pagès (Alfred). De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale. — M. Fauvel (Julien). De la phlébite aiguë des sinus de la dure-mère. — *Jeudi* 16. — M. Morel. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — Quelques observations de formes anormales. — M. Caravias. Recherches sur l'antipyrine. — M. Fauvel. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou situés dans l'espace thyrohyoïdien. — M. Rivière. Traitement des cataractes congénitales molles par l'extraction linéaire simple opposée à la discision. — *Samedi* 18. — M. Mangin. La médecine en Annam. — M. Chabanet. Tubage de la glotte.

Enseignement médical libre.

Conférences de syphiligraphie. — Dans ces Conférences, au nombre de cinq, M. le Dr Ed. LANGLEBERT fera connaître les méthodes et procédés de traitement qui lui ont le mieux réussi dans sa pratique contre la *Syphilis et autres maladies spéciales aux organes génito-urinaires*. La première conférence aura lieu le lundi 6 juin, à cinq heures, rue de l'Odéon, 10. Les quatre autres, les lundis suivants. MM. les docteurs et élèves en médecine qui désirent suivre ces Conférences sont priés de venir s'inscrire d'avance rue de l'Odéon, 10, tous les jours, de 2 à 7 heures. L'inscription est gratuite.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du Laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours (le dernier avant les vacances), le mercredi 15 juin, à 4 heures, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean Lantier, près le Chatelet de 1 heure à 2 heures.

FORMULES

XIII. Lavement contre les convulsions des enfants.
(Dr J. SIMON).

Musc	0 gr. 20.
Camphre	1 gr.
Hydrate de chloral	0 gr. 50.
Jaune d'œuf	No 1.
Eau distillée	150 gr.

L'intestin ayant été préalablement vidé par un grand lavement simple ou huileux (*Nouv. remèdes*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 mai 1887 au samedi 4 juin 1887, les naissances ont été au nombre de 1091, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 163. Total, 567. — *Sexe féminin* : légitimes, 377 ; illégitimes, 147. Total, 524

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 mai 1887 au samedi 4 juin 1887, les décès ont été au nombre de 1057, savoir : 562 hommes et 495 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 6. T. 20. — Variole : M. 6, F. 7, T. 13. — Rougeole : M. 20, F. 38. T. 58. — Scarlatine : M. 5, F. 1, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 0. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 11, F. 19, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 94. T. 204. — Autres tuberculoses : M. 24, F. 9. T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 5, F. 10. T. 15. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 34. T. 51. — Méningite simple : M. 14, F. 19, T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 24. T. 52. — Paralysie : M. 7, F. 0. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 5. T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 31. T. 65. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 8 T. 22. — Bronchite chronique : M. 20, F. 13. T. 33. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 8. T. 22. — Pneumonie M. 23, F. 20. T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 13. T. 30. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 6. T. 15. — Autres gastro-entérite : M. 1, F. 7. T. 8. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 12, T. 25. — Sénilité : M. 9, F. 24. T. 33. — Suicide : M. 19, F. 4. T. 23. — Autres morts violentes : M. 4, F. 1. T. 5. — Autres causes de mort : M. 104. F. 73. T. 177. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 3. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 15, Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 21 ; illégitimes, 10. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le mardi 12 juillet 1887, à huit heures du matin. Pour les conditions, s'adresser au secrétaire de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONPPELLIER. — M. CARRIEU, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, à ladite Faculté, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'histologie.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central (Médecine)*. (Deuxième épreuve). — Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : Diagnostic de la chlorose ; diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale ; diagnostic du cancer de l'estomac. — La deuxième épreuve d'admissibilité du concours à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. Seuls ont été admis à subir la troisième épreuve (épreuve de consultation écrite) : MM. les docteurs Béclère, Delpeuch, Dreyfous, Ganchas, Havage, H. Hirtz, Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, H. Leroux, Marie, Martin, Mathieu, Netter, Petit, Siredey — Le dernière question de la deuxième épreuve a été la suivante : « De la cholécystite. La troisième épreuve a commencé à l'Hotel-Dieu le samedi 11 à 4 heures.

ACADÉMIE DE CATALOGNE. *Prix*. — L'Académie des sciences de Catalogne a proposé les questions suivantes, pour les prix à décerner en 1887. Chirurgie : *Tuberculose des os, lésions et traitement*. — Hygiène : *Des dangers que la falsification des vins fait courir à la santé des populations et des moyens de les prévenir*. — Médecine : *De la pneumonie fibrineuse ; cette maladie est-elle causée par un parasite ? Est-elle contagieuse ?* — Pharmacie : *De la glycérine, étude chimique et applications pharmaceutiques*. — Les mémoires doivent être envoyés au secrétariat avant la fin de septembre.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 12 juin 1887 à Nemours, Glandelle.

Rendez-vous gare de Lyon où l'on prendra à 7 heures 20 min. du matin le train pour Souppes. On sera rentré à Paris à 9 heures 32 min. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie et de verser le montant de la 1/2 place avant samedi soir à 4 heures.

FEMMES DENTISTES EN ANGLETERRE. — Le Comité de l'hôpital national de chirurgie dentaire aurait pris la résolution d'admettre des femmes dentistes. Au *Dental Register* sont inscrites 22 femmes. Le Conseil medical d'Edimbourg a décidé d'admettre les candidats féminins aux examens de licence pour la chirurgie dentaire.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide naturaliste au Muséum, commencera samedi prochain, à 4 heures 1/4, dans l'amphithéâtre de minéralogie du Jardin des Plantes, la seconde partie du cours public de géologie. Les leçons qui continueront les mardis et samedis suivants à la même heure, auront pour sujet l'histoire géologique du fer.

Société de médecine légale. — *Ordre du jour* : Séance du lundi 13 juin 1887, à 4 heures tres précises, au Palais-de-Justice, dans la salle des Référés. — I. M. le professeur Brouardel : Suite de sa communication sur un rapport médico-légal. — II. M. Pouchet : Etudes sur les perturbations apportées par les ptomaïnes dans les graphiques du tracé musculaire, obtenu à l'aide de grenouilles vératrinisées. — III. M. Descouts : Discussion de la communication de M. le Dr Budin, ruptures du cordon. — IV. M. le professeur Brouardel : Responsabilité médicale.

Nécrologie. — La *Gaz. Hebd.* annonce la mort de M. le Dr P. Aronssohn, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Paris à l'âge de 55 ans des suites d'une maladie organique du cœur. Fils d'un des médecins les plus distingués et les plus considérés de l'ancienne Faculté de Strasbourg, arrivé jeune encore à une situation enviable, notre confrère avait été obligé, comme tous ses collègues, de quitter en 1870 la ville où l'attachaient tant de liens de famille et d'affection. Pendant la guerre de 1870, il avait été attaché en qualité de médecin-major, au titre auxiliaire, à l'Ecole de médecine militaire transférée à Montpellier. Puis il était venu se fixer à Paris, où il devait retrouver plusieurs de ses clients et amis. — La *France médicale* publie une notice biographique sur M. le Dr L. Turck, qui vient de mourir à Gray, à l'âge de 89 ans. Né à Nancy le 11 novembre 1797, il fit ses études au collège de cette ville et vint faire ses études médicales à Paris. Ami de Buchez, il le seconda activement dans ses travaux de propagande libérale et contribua à fonder en Lorraine la publication d'un *Almanach du peuple*, spécialement destiné à réclamer l'égalité devant la loi. Des articles dirigés contre la monarchie de juillet firent traduire l'auteur devant la Cour d'assises. Etabli comme médecin à Plombières, il ne cessa de prendre part aux luttes politiques et à professer ouvertement ses opinions républicaines. Après la révolution de février, il fut nommé commissaire du gouvernement provisoire dans le département des Vosges, mais donna bientôt sa démission pour protester contre les circulaires de M. Ledru-Rollin. Elu représentant du peuple par le département des Vosges, il vota avec la gauche ; il demanda que les maires fussent nommés par le peuple, il appuya l'amendement Grévy. Après l'élection du 10 décembre, il combattit vivement le gouvernement de Louis Napoléon et vota même pour la mise en accusation du Président et de ses ministres, à l'occasion de l'expédition de Rome. Il ne fut point réélu à l'Assemblée législative et reprit ses fonctions de médecin aux eaux de Plombières, où il conserva jusqu'à sa retraite une grande popularité. En 1875, il se retira à Gray (Haute-Saône). Il a laissé un certain nombre d'ouvrages sur les eaux de Plombières. — MM. les Drs Devricourt, d'Egleny (Yonne) ; Bonvallet, de Paris, décédé à l'âge de 82 ans ; Hermand, de Paris ; R. Gosset-Deslongchamps, de St-Lô, médecin de la compagnie des Chargeurs réunis ; Rochas, secrétaire-général de l'Association des médecins du Rhône, décédé à l'âge de 33 ans. — M. le Dr Servajean, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Alban — M. le Dr Ernest Mathieu-Sicaud, médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Ouest, décédé à Paris, dans sa 59e année.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. Charcot, mardi et vendredi à 9 h. 1/2. — M. Falret. Clinique mentale le dimanche, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Terrillon. Leçon le mercredi à 10 heures et opérations le samedi.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales:* M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Binet (A.) et Féré (Ch.). — Le magnetisme animal. Volume in-8 de 284 pages, avec 15 figures. — Prix : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Favel (P.). — Les médicaments du cœur (Etude de médecine expérimentale). De l'action de quelques médicaments sur le cœur isolé. Brochure in-8 de 90 pages, avec une planche hors texte. Prix : 2 fr.

Crookshank. — Manuel of bacteriology. Volume in-8 cartonné de 439 pages, avec 29 planches. — London, 1887. — H. K. Lewis.

Obersteiner (H.). — Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung seiner klinischen und forensischen Bedentung. Brochure in-8 de 32 pages. — Wien, 1887. — Breitenstein's.

Librairie OLLIER-HENRY, 13, rue de l'Ecole de-Médecine.

Demontporcelet (C.) et Decoudin (E.). — Manuel d'anatomie dentaire humaine et comparée, avec une préface de M. le professeur Brouardel. Volume in-12 de 154 pages avec 85 figures et 4 tableaux. — Prix : 6 fr.

Janssens (E.). — Annuaire démographique et tableaux statistiques des causes de décès dans la Ville de Bruxelles pendant l'année 1886. Brochure in-8 de 45 pages, avec tracé et plan de la ville. — Bruxelles, 1887. — Imprimerie J. Baertsoen.

Balestre (A.). — Assainissement de Nice. — Rapport au Conseil municipal. Brochure in-8 de 66 pages. — Nice, 1887. — Tipographie Gilletta.

Vernet (C.). — La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale ? Brochure in-8 de 91 pages. — Nancy, 1887. — Imprimerie Nouvelle.

Espina y Copo. — Panticosa (Pyrénées-Orientales). Les sources, ses malades. Mémoire présenté au congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz de 1886. Broch. in-8 de 87 pages, avec 2 planches altimétriques. — Madrid, 1887. — Tipografico « Sucesores de Rivadeneyra »

Greppin (L.). — Mittheilungen aus der psychiatrischen klinik zu Basel. Ein Fall son progressiver Paralyse. Brochure in-8 de 23 pages. — Schumacher à Berlin.

Herringham. — The minute anatomy of the Brachial plexus, communicated by Savory (W.-S.). Brochure in-8 de 18 pages, avec 4 diagrammes. — London, 1886. — Harrison and sons.

Simonini (L.). — Nuove ricerche sulla trasmissione della voce afona attraverso liquidi di varia natura Brochure in-8 de 14 pages. Modena, 1887. — Tipografia Vincenzi e Nipoti.

Boccolari (A.). — Sulla cataforesi elettrica. Brochure in-8 de 5 pages. — Modena, 1887. — Tipografia Vincenzi e Nipoti.

Veron (E.). — Curabilidad de la tisis hereditaria por los climas de altitud. Brochure in-4 de 80 pages. — Buenos-Aires, 1886. — Imprenta de Biedma.

Williams (R.). — An Introduction to the pathology of cancer and tumour formation. On the basis of evolution. Brochure in-8 de 19 pages. — London, 1886. — J. Bale and sons.

Dupouy (Ed). — La prostitution dans l'antiquité, étude d'hygiène sociale : comprenant les différentes formes de la prostitution dans l'antiquité. La prostitution hospitalière, sacrée et légale. Corruption des peuples par les prêtres des religions payennes. — La prostitution dans l'Inde, en Asie-Mineure, en Egypte, chez les Hébreux ; — la prostitution légale, les dictérions ; — lois sur la prostitution à Athènes ; — la prostitution libre, les courtisanes ; — grands hommes et hétaïres ; — l'amour antiphysique en Grèce ; — tribaderie et saphisme : la prostitution sacrée en Italie ; — les fêtes de la prostitution à Rome ; — la prostitution religieuse en Italie et de la prostitution légale ; — les auxiliaires de la prostitution ; — lois et règlements de la prostitution à Rome ; — la prostitution masculine, corruption des Césars ; — la pédérastie légale ; — dépravation des mœurs dans la société romaine ; — maladies vénériennes chez les grecs et les romains ; — monuments figurés de l'histoire de la prostitution. — 1887, volume in-8 de 220 pages. — Prix : 5 francs. Meurillon, libraire, 16, rue Serpente.

L'Intermédiaire des chercheurs et curieux paraissant le 10 et le 25 de chaque mois sous la direction de M. Lucien Faucon. *Questions et réponses, lettres et documents inédits, communications diverses*, etc. 20e année d'existence ; prix d'abonnement France : 16 francs ; — *Etranger* : 18 francs. Bureaux, 13, rue Cujas. — Nous ne saurions trop recommander cette publication à ceux de nos lecteurs qui sont amateurs de curiosités bibliographiques.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

AVIS AUX SOUSCRIPTEURS

Au Tome III des **Leçons sur le système nerveux** *de M. le professeur* CHARCOT.

Les souscripteurs qui n'ont encore en leur possession que le 1er fascicule du Tome III, sont avisés que le fascicule II, actuellement en vente au prix de 9 francs (6 francs pour nos abonnés), ne sera plus vendu séparément à partir du 1er août prochain.

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 25. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 JUIN 1887.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Pr **U. TRÉLAT.**

Hémorrhoïdes et cautérisation ignée.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, et revue par le Professeur (1).

Messieurs,

Je vais faire tout à l'heure devant vous une cautérisation d'hémorrhoïdes au thermo-cautère. C'est là une opération vulgaire, sur laquelle je n'arrêterais pas votre attention, si l'affection qui la motive ne se présentait pas avec quelques caractères particuliers et relativement rares, qui lui donnent une physionomie spéciale.

Le mode de traitement le plus usité maintenant contre les hémorrhoïdes est la dilatation forcée de l'anus pratiquée, soit avec les doigts, soit avec un spéculum ; j'ai déjà exposé nombre de fois que cette dilatation doit être faite sous chloroforme, lentement, et avec mon spéculum. Vous vous rappelez sur quelles données d'anatomie et de physiologie pathologique est fondée cette pratique : les veines hémorrhoïdaires traversent obliquement la paroi rectale en passant dans des sortes de boutonnières musculaires, et les contractions du sphincter, — à *fortiori*, la contracture de ce muscle, — deviennent pour elles, par suite de cette disposition, une cause efficiente de dilatation variqueuse. Lorsque mon collègue et ami le Professeur Verneuil proposa, il y a quelques années, à la Société de Chirurgie, la dilatation forcée de l'anus comme moyen de traitement des hémorrhoïdes, je citai quelques cas qui me paraissaient échapper complètement à l'application de cette méthode curative. Mais mon expérience de la dilatation anale dans ces cas était alors nulle ou presque nulle. Depuis lors, je l'ai pratiquée un très grand nombre de fois avec les meilleurs résultats, et trois faits, en particulier, que j'ai observés à Necker, il y a 2 ans, m'ont fourni le sujet d'une leçon, dont le but était de mettre en relief les services précieux qu'elle peut rendre dans la thérapeutique chirurgicale des hémorrhoïdes. Un malade vous arrive avec un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, tendu, saignant, douloureux, avec contracture du sphincter et ténesme plus ou moins pénible ; vous lui faites la dilatation, supprimant ainsi la contracture sphinctérienne qui cause le ténesme et les douleurs et qui favorise les pertes de sang ; un soulagement immédiat succède à l'opération, les hémorrhoïdes se dégonflent, le flux sanguin s'arrête, et bientôt la guérison est complète et durable.

Mais si ce mode de traitement est excellent dans le plus grand nombre des cas, il en est d'autres, comme je vous le disais tout à l'heure, auxquels il n'est plus applicable, et notre malade d'aujourd'hui nous offre un exemple intéressant de cette exception ; c'est pour ce motif que j'ai tenu à vous en dire quelques mots avant de l'opérer.

L'histoire de cet homme est assez simple. Il a 54 ans et exerce la profession de garçon boucher. A l'âge de 14 ans, il a eu une arthrite du genou gauche, laquelle a duré 6 mois au moins et s'est guérie sans laisser de traces. Il a fait une fièvre typhoïde à 20 ans. Il n'a aucune tare syphilitique ; il n'est pas alcoolique. Depuis 1870, il souffre de temps en temps de douleurs rhumatismales légères. Voilà pour ses antécédents personnels. En ce qui concerne ses antécédents héréditaires, notons ce fait qu'il est fils et petit-fils d'hémorrhoïdaires. En 1859, il y a par conséquent 27 ans, il a commencé à perdre du sang par l'anus, par suite du développement d'hémorrhoïdes volumineuses. En 1866, il entra à la Pitié, dans le service que M. Gosselin dirigeait alors dans cet hôpital, et il y fut traité par la cautérisation à l'acide nitrique fumant. Ce traitement fut suivi d'une amélioration très notable : les pertes de sang furent réduites à un tout petit écoulement au moment de la défécation. Cet état de choses se prolongea jusqu'en 1874. A cette époque, le flux sanguin étant redevenu abondant, le malade fut cautérisé au perchlorure de fer par un médecin de la ville, et il dut à cette seconde intervention une nouvelle amélioration de 3 ou 4 mois. Puis les accidents reparurent, aussi accentués qu'au début. Il continua ainsi à perdre du sang tous les jours jusqu'en Octobre 1885. Il se présenta alors à la Pitié, où il fut admis dans les salles de M. le Professeur Verneuil. Après l'avoir soigné quelque temps, sans succès, par les bains de siège, les lavements de ratanhia et les suppositoires, M. Verneuil lui fit la dilatation forcée de l'anus sous chloroforme. Depuis lors, l'écoulement sanguin fut réduit à quelques gouttes perdues en allant à la selle ; mais là se borna le bénéfice procuré par l'opération : le prolapsus de la muqueuse rectale, qui s'était produit à la longue comme conséquence de l'existence des hémorrhoïdes, persista au même degré qu'avant, et, avec lui, une leucorrhée anale assez abondante pour obliger le malade à se tenir constamment garni.

Après avoir passé un an environ dans ces conditions, cet homme, trouvant qu'il avait beaucoup perdu de ses forces, vient de nouveau demander secours à la chirurgie, et entre à la Charité le 23 Octobre 1886. Nous constatons alors ce qui suit. A la simple inspection, l'orifice anal se montre relâché, flasque, légèrement béant, et si l'on invite le malade à pousser, on voit aussitôt la muqueuse rectale faire une procidence assez forte. L'anus se laisse facilement déplisser et entr'ouvrir, de telle sorte que l'on peut ainsi, sans l'aide d'aucun instrument, reconnaître l'état de la muqueuse dans une hauteur de 2 ou 3 centimètres au moins. Il admet, non pas seulement l'index, mais l'index et le médius réunis, et cela sans nulle résistance, et sans que le malade en éprouve la moindre douleur. En un mot, il n'y a là aucune espèce de contracture ; tout au contraire, il y a un relâchement très prononcé du sphincter, et, comme corollaire, un prolapsus de la muqueuse rectale. Celle-ci est soulevée par de nombreuses saillies hémorrhoïdaires, qui garnissent le cylindre intestinal dans une hauteur de 4 ou 5 centimètres. Ces hémorrhoïdes ne sont ni tendues, ni enflammées, mais à chaque défécation elles sortent, sont irritées et saignent, et par leur présence dans la filière anale, par les irritations

(1) Leçon du 12 Novembre 1886.

incessantes qu'elles subissent en faisant issue au dehors, elles ont provoqué et entretiennent une rectite, qui se manifeste par cette leucorrhée que je vous signalais tout à l'heure. Vous voyez combien ce tableau symptomatique diffère de celui que nous offrent ordinairement les hémorrhoïdes procidentes, enflammées ou non.

Avant d'aborder la question du traitement, je veux vous rapporter, pour le rapprocher du cas actuel, un autre exemple de ces accidents insolites liés à l'existence des hémorrhoïdes, que j'ai eu tout récemment l'occasion de rencontrer dans ma clientèle, chez un homme du même âge à peu près que notre malade. Cette coïncidence d'âge, soit dit en passant, n'a rien de surprenant : la cinquantaine est assez l'âge des hémorrhoïdes. Il y a quelque 10 ans, ce client, tourmenté par de vives douleurs névralgiques, et en butte, en même temps, à de graves ennuis, eut recours aux injections de morphine pour calmer les unes et pour oublier les autres; il s'y accoutuma graduellement, passa bientôt de l'usage motivé à l'abus sans raison, et finalement en arriva à être aujourd'hui un morphiomane renforcé et incorrigible. Il avait avec cela des hémorrhoïdes, pour lesquelles je lui ai, il y a 6 ans, dilaté l'anus dans des conditions assez exceptionnelles. Lorsqu'il me demanda mes soins à cette époque, il était en pleine crise hémorrhoïdaire. J'aurais voulu pouvoir attendre la fin de la crise pour l'opérer ; mais il avait à accomplir à bref délai un acte important de la vie, et il réclamait avec une insistance formelle une intervention immédiate, qui coupât court à ses souffrances et lui rendît sa liberté d'allures, ne fût-ce que pour un jour. J'aurai préféré, je vous le répète, choisir un autre moment pour agir ; mais comme le fait de la crise hémorrhoïdaire actuelle ne constituait pas, après tout, une contre-indication absolue à l'opération, je cédai à la volonté du malade, et je lui fis la dilatation, non pourtant sans quelque préoccupation au sujet des suites. Tout, heureusement, se passa fort bien. La contracture du sphincter une fois vaincue, les douleurs cédèrent presque complètement ; mais ce fut là le seul résultat que j'obtins de mon opération ; quant à la durée de la crise inflammatoire, elle ne fut en aucune façon abrégée par la dilatation (1). Actuellement, après plusieurs années passées sans nouveaux accidents, ce malade se représente à moi dans le même état que celui dont je vous ai entretenu en premier lieu, c'est-à-dire avec un anus dilaté et des hémorrhoïdes qui font procidence et saignent à chaque défécation : l'analogie entre les deux cas est complète au point de vue des phénomènes locaux. Le traitement sera le même également, et j'ai conseillé à mon malade de la ville l'opération que vous allez me voir faire dans un instant à mon malade de l'hôpital.

En résumé, nous nous trouvons là en présence de cas très déterminés, comportant des indications spéciales bien nettes. Il s'agit, chez les malades de cette catégorie, d'hémorrhoïdes anciennes, abondantes, volumineuses. Bien loin d'être contracturé, le sphincter est sans ressort, affaibli, dilaté ; il n'oppose plus aucun obstacle à la procidence des hémorrhoïdes et ne les étrangle plus lorsqu'elles sont dehors, et elles sortent facilement ou restent même constamment sorties, sans cesser d'être flasques, ou du moins sans présenter jamais de phénomènes importants de turgescence douloureuse ; enfin, cet état de choses s'accompagne habituellement d'une leucorrhée anale plus ou moins abondante. La contracture sphinctérienne faisant complètement défaut, l'affection se réduit à ces deux éléments principaux : bourrelet hémorrhoïdal et procidence, et le traitement doit être modifié en conséquence. L'excellente méthode indirecte de la dilatation, qui convient si bien dans la généralité des cas, n'a évidemment rien à faire ici et ne pourrait procurer aucun bénéfice, puisqu'elle s'adresse avant tout à la contracture, et que précisément, dans les cas particuliers que nous envisageons en ce moment, le sphincter présente au contraire un relâchement plus plus ou moins considérable ; c'est à l'action directe qu'il faut recourir. Il y a un bourrelet hémorrhoïdal plus ou moins complet : il faut le détruire ou en réduire le volume ; il y a, en outre, une procidence de la muqueuse sur laquelle s'implante ce bourrelet : il faut combattre cette procidence. Je ne perdrai pas mon temps à passer en revue les divers moyens que l'on pourrait employer dans ce but ; je veux seulement vous dire quelques mots de celui auquel je me propose de recourir chez notre malade. Ce moyen, c'est la cautérisation, que je considère comme la meilleure méthode de traitement en pareil cas. Elle a une double action : action immédiate sur les hémorrhoïdes par destruction ; action consécutive sur la procidence, par production de tissu cicatriciel.

La cautérisation peut être réalisée par de nombreux procédés. Parmi ceux qui ressortissent à la cautérisation potentielle, je vous rappellerai seulement l'emploi de l'acide nitrique monohydraté, préconisé par mon prédécesseur dans cette chaire, M. le Professeur Gosselin. La cautérisation actuelle, ou cautérisation au fer rouge, est, à mon avis, bien préférable ; en tout cas, elle est certainement beaucoup plus employée. Mon collègue M. le Professeur Richet la pratique à l'aide de pinces semblables aux gros fers à friser, munies de manches en bois, grâce auxquels on peut les manier sans se brûler. Les hémorrhoïdes, saisies et pressées entre leurs mors incandescents, sont détruites en un clin d'œil, sur trois ou quatre points de la circonférence du bourrelet. Le procédé est très bon et l'instrument excellent, à la condition qu'il s'agisse de tumeurs hémorrhoïdales pédiculées ou pédiculisables. Nous atteindrons le même résultat avec le thermocautère. Nous irons un peu moins vite, sans doute, pour détruire les grosses hémorrhoïdes saillantes, que nous ne l'eussions pu faire avec l'écrasement igné ; mais, en revanche, nous pourrons, avec la lame du thermocautère, attaquer aisément, et avec précision, des paquets hemorrhoïdaires qui, en raison de leur petit volume et de leur faible saillie, se déroberaient à l'action de la pince de Richet. Nous agirons, suivant la disposition des tumeurs variqueuses à détruire, par attouchements prolongés, par ponctions ou par sections linéaires, et, en fin de compte, nous arriverons parfaitement au terme de notre œuvre de destruction.

Nous aurons soin de ne pas faire porter notre cautérisation sur le pourtour de l'orifice anal et nous laisserons intactes, dans l'intérieur du rectum, quelques bandes de muqueuse. C'est là une précaution importante à prendre pour éviter la production ultérieure d'un rétrécissement de l'anus. Notre cautérisation va déterminer la formation de bandes de tissu cicatriciel, et nous comptons précisément utiliser la rétractilité de ce tissu, pour amener à la fois le resserrement de la filière anale et l'affaissement des dilatations veineuses qui auront échappé à l'action du fer rouge. Mais il faut se garder

(1) Ce fait a été mentionné déjà en quelques mots dans une précédente leçon (*Anémie hémorrhoïdaire. — Dilatation forcée de l'anus*), comme cas d'insuccès partiel de la dilatation.

de dépasser la mesure ; or, on a beaucoup de chances de la dépasser, si l'on provoque le développement de tissu inodulaire sur toute la circonférence de l'extrémité inférieure du rectum. C'est à cause des inconvénients graves de cette cicatrice circulaire, que la section en masse des bourrelets hémorrhoïdaux par l'écraseur de Chassaignac, ou leur destruction totale par le fer rouge, ont été abandonnées pour des opérations moins complètes en apparence, mais tout aussi efficaces et infiniment plus sûres. Il suffit, en effet, l'observation le démontre tous les jours, d'enlever ou de cautériser quelques points du bourrelet hémorrhoïdaire, pour obtenir la réduction des hémorrhoïdes situées dans les points intermédiaires, et pour remédier au prolapsus concomitant de la muqueuse rectale. J'épargnerai donc, je vous le répète, dans la cautérisation que je vais pratiquer, plusieurs bandes longitudinales de cette muqueuse au niveau des endroits les moins malades.

J'introduirai préalablement le spéculum dont je me sers pour la dilatation forcée de l'anus; mais ce n'est point, vous le concevez, à titre de méthode curative que je ferai cette manœuvre : il ne peut être question de traiter par la dilatation un orifice anal qui a perdu sa tonicité au point d'admettre facilement deux doigts et de permettre incessamment le prolapsus de la muqueuse rectale. L'emploi du spéculum n'aura pas d'autre but ici que de me donner du jour, et de me faciliter ainsi le travail de la cautérisation, portée dans la cavité même du rectum à une très grande hauteur.

J'attire votre attention sur cette manière de pratiquer la cautérisation, qui réalise un réel progrès sur les procédés anciens. Dans ceux-ci, en effet, la cautérisation restait limitée aux hémorrhoïdes procidente, à moins que l'on n'eût recours à l'érigne de Chassaignac pour abaisser une partie de celles qui siégeaient plus profondément; mais, même dans ce dernier cas, on ne pouvait atteindre que les hémorrhoïdes toutes voisines de l'orifice anal. Au contraire, en procédant comme je viens de vous dire, on étend considérablement par en haut le champ de l'action thérapeutique, et cela en toute sécurité, car on a un large espace libre pour manœuvrer et l'on voit bien ce que l'on fait. En somme, inutilité d'un instrument spécial pour abaisser les hémorrhoïdes, inspection facile de tout le conduit ano-rectal dans une grande hauteur, atteinte aisée des tumeurs hémorrhoïdaires *in situ*, enfin possibilité de porter le fer rouge aussi haut qu'il est nécessaire, sans cesser de le suivre de l'œil, tels sont les avantages précieux du mode opératoire que j'ai adopté ; aussi n'hésité-je pas à vous le recommander instamment.

*
* *

Le malade étant endormi et placé sur le côté, le spéculum à dilatation est introduit et ouvert au maximum, sans qu'il soit pour cela besoin du moindre effort. On aperçoit alors de la façon la plus nette les lésions que M. Trélat vient de décrire, et la cautérisation peut être effectuée avec la plus grande précision. L'opération est terminée en moins de deux minutes. Le spéculum retiré, l'anus se referme aussitôt; il est même remarquable qu'il présente déja un degré de resserrement assez marqué, et une complète reconstitution de ses plis rayonnés contrastant avec son état de flaccidité et de béance antérieur à l'opération. C'est qu en effet le spéculum n'a produit ici rien de comparable à ce qu'il produit dans la dilatation forcée : son office s'est borné à écarter des parties qui se laissaient facilement déplacer. N'étaient des traces de raies de feu qui empiètent sur la marge anale en deux ou trois points, on ne pourrait soupçonner, en regardant la région, ni ce qui existait tout à l'heure, ni ce qui vient d'être fait pour y remédier.

*
* *

A la date du 10 décembre, le malade était dans le meilleur état; la cicatrisation des parties cautérisées était presque complètement achevée. Depuis l'opération, il n'y a plus aucune leucorrhée ; il n'y a pas eu une seule fois de procidence, et le doigt ne trouve plus, à la place des volumineuses tumeurs hémorrhoïdaires qui encombraient le cylindre ano-rectal, qu'une muqueuse souple et presque lisse. Cet homme a quitté l'hôpital vers la fin de décembre, complètement guéri.

OBSTÉTRIQUE

Statistiques du service d'accouchements de la Charité (1) ;

Par P. BUDIN.

Dans la dernière séance, après l'importante communication de M. Pinard (2), M. Napias s'est exprimé ainsi : « D'autres de nos collègues viendront sans doute nous dire ce qui a été tenté dans leurs services d'accouchements et les résultats qu'ils ont obtenus ; nous saurons ainsi ce que l'Assistance publique de Paris a fait pour les femmes en couches depuis quelques années » (3).

Le service d'accouchements de la Charité a été complètement réorganisé au commencement de l'année 1883; si la Société de médecine publique croit que les statistiques de ce service peuvent l'intéresser, nous les lui donnerons en quelques lignes. Pendant les quatre années qui viennent de s'écouler (1883-1884-1885-1886), nous avons dû rester éloigné de Paris près de deux ans et demi; si donc les résultats que nous allons rapporter sont trouvés bons, c'est aux collègues qui nous ont remplacé, à MM. Maygrier, Bar, Champetier et Doléris, qu'il faut surtout en rapporter l'honneur.

Le service d'accouchements de la Charité, situé au deuxième étage de l'aile qui donne sur la rue des Saints-Pères, comprend : 1° Le service interne; 2° Le service externe ou des sages-femmes agréées.

I. SERVICE INTERNE. Il se compose de deux parties : A. Le service d'accouchements proprement dit ou des femmes bien portantes ; — B. Le service d'isolement.

A. *Service d'accouchements proprement dit.* — Ce service comprend : Une grande salle de travail bien aménagée, avec deux lits, une crèche, des lavabos, des couveuses, etc. ; une salle de 18 lits pour les femmes en couches ; on y a ajouté 2 lits-brancards; une cuisine, une salle de bains, une salle de change pour les enfants nouveau-nés ; des water-closets, un vidoir et un trémie qui permet de faire immédiatement descendre au rez-de-chaussée tout le linge sale.

L'appartement des deux sages-femmes attachées au service et un dortoir pour deux nourrices se trouvent à un étage supérieur ; un escalier spécial y conduit.

B. *Service d'isolement.* — Le service d'isolement est placé à l'extrémité du service d'accouchements proprement dit, dont il est séparé totalement par une porte qui reste

(1) Communication faite à la Société de médecine publique le 27 mai 1887.

(2) Dr Pinard. Du fonctionnement de la Maternité de Lariboisière et des résultats obtenus depuis 1882 jusqu'à 1887. *Revue d'hygiène*, T. IX, p. 387, 1887.

(3) Dr H. Napias. Note sur les conditions d'insalubrité de quelques hopitaux de province. *Revue d'hygiène*, T. IX, p. 492, 1887.

fermée et par un couloir. Le personnel du service d'isolement peut entrer et sortir sans passer par la salle des femmes en couches valides ou par la salle de travail.

Ce service d'isolement comprend 3 grandes chambres bien aérées, une cuisine, des water-closets, un vidoir. Les chambres donnent sur un corridor commun; chacune d'elles a une porte vitrée, ce qui rend la surveillance facile. C'est à côté de ces chambres d'isolement que se trouve le cabinet du chef de service avec la vitrine qui contient les instruments et une bibliothèque; les livres que renferme cette dernière sont mis à la disposition des étudiants.

Le service d'isolement a deux infirmières spéciales qui, lorsqu'il existe des cas d'infection ou des cas suspects, n'ont aucun rapport avec le reste du personnel. Les solutions antiseptiques employées sont les solutions de sublimé (Tarnier) à 1/2000, 1/3000, 1/4000, etc., suivant les cas; dans certaines circonstances, on fait usage de l'acide phénique, de l'acide borique et de l'iodoforme.

Le service de la Charité étant central, se trouve fréquenté par des étudiants qui prennent l'engagement formel d'éviter tout ce qui pourrait être une cause d'infection. M. le Directeur général de l'Assistance publique a autorisé qu'on aille les chercher à toute heure du jour et de la nuit; chaque femme en travail est assistée par deux d'entre eux; l'un rédige avec détails l'observation et le lit à la visite. Nous n'acceptons que 12 étudiants à la fois pour faire des accouchements; nous estimons que, s'ils étaient plus nombreux, le matériel dont nous disposons serait insuffisant. Quand un étudiant quitte le service, il est remplacé, pour assister aux accouchements, par le premier de ceux qui se sont fait inscrire à l'avance.

Les femmes qui se présentent à l'hôpital pour accoucher ou pour être délivrées sont toutes reçues, que ces femmes viennent du dehors où elles n'ont été examinées par personne, qu'elles viennent d'un service de médecine ou de chirurgie, qu'elles viennent de chez les sages-femmes après plusieurs jours de travail, etc...; quelques-unes sont apportées exsangues, d'autres dans le coma éclamptique, d'autres sont des phthisiques parvenues à la dernière période ou des cardiaques avancées, d'autres ont été l'objet de tentatives opératoires qui n'ont pas permis d'extraire l'enfant ou d'amener le placenta en dehors; elles ont parfois déjà des écoulements fétides, une élévation plus ou moins considérable de la température, etc... Toutes sont reçues. Grâce au service d'isolement, elles peuvent être placées à part et elles ne font alors courir aucun risque aux accouchées bien portantes, ce qui est le point capital.

Evidemment, en acceptant ainsi tous les cas, on risque d'avoir de moins bonnes statistiques, mais les services d'accouchements ont pour but unique d'assurer la guérison à un aussi grand nombre de femmes que possible, quelles que soient les conditions dans lesquelles elles se trouvent au moment où elles y entrent.

II. Service externe. — Le service des sages-femmes agréées ou service externe ne comprend actuellement que 8 lits. Les femmes arrivées à terme, chez lesquelles l'enfant se présente favorablement et chez lesquelles on ne prévoit aucune complication, sont exclusivement envoyées en ville. — Quelques-uns de ces accouchements sont faits par des étudiants qui ont déjà donné, à l'hôpital, la preuve qu'il étaient suffisamment instruits.

Statistiques. — I. *Service interne.* — Le tableau qui suit comprend, dans la première colonne, l'indication de l'année; dans la seconde, le nombre des accouchements; dans la troisième, le nombre *total* des décès; dans la quatrième, les décès par infection puerpérale; dans la cinquième, les décès chez des femmes infectées avant d'entrer dans le service; dans la sixième, les décès par infection puerpérale contractée dans le service d'accouchements; dans la septième, l'indication des autres causes de mort. Les chiffres placés entre parenthèse indiquent les numéros des observations dont le résumé est donné plus loin.

Tableau A.

Service d'accouchements de la Charité.

1 Années.	2 Nombre des Accouchements.	3 Nombre total des décès.	4 Infection puerpérale.	5 (Infections puerpér.) Femmes infect. avant d'entrer dans le service.	6 (Infections puerpér.) Infection développée dans le service	7 Autres causes de mort.
1883	245	3	2	»	2 (1-2)	1. Varices enflammées pendant la grossesse. — Suppuration (3).
1884	369	5	3	2 (4-8)	1 (5)	1. Eclampsie (6). 1. Phtisie (7).
1885 (1)	356	5	2	1 (9)	1 (11)	1. Symphyse cardiaque (10). 1. Eclampsie (12). 1. Mort subite (13).
1886	379	8	2	2 (14-19)	»	2. Eclampsie (15-17). 1. Placenta præv. (exsang.) (16). 1. Phtisie (18). 1. Rupture utérine (20). 1. Cancer de l'épiploon (21).
Tot	1349	21	9	5	4	12

Nous allons donner un abrégé sommaire des cas dans lesquels les femmes ont succombé.

1883. — (1). 15 juin. A. Mor... Présentation du sommet. Accouchement spontané. Péritonite puerpérale.

(2). 1er juillet. G. Cad... Présentation du sommet. Application de forceps. Infection puerpérale. Femme accouchée par un élève qui avait fait une autopsie le matin.

(3). 19 juillet. M Gué. . Femme apportée en travail et ayant de la phlébite des veines variqueuses aux membres inférieurs. Accouchement simple. La malade est transportée en médecine où elle succombe aux suites de sa phlébite.

1884. — (4). 27 mars. Bass... Femme apportée infectée du dehors, après être restée en travail pendant trois jours chez une sage-femme. Rétrécissement du bassin. Basiotripsie.

(5). 26 avril. Mol... Primipare. Sommet. Application de forceps. Phlegmon du ligament large. Passage en médecine.

(6). 3 mai. Mon... Eclampsie.

(7). 3 nov. Gu... Phtisique apportée d'un service de médecine, elle accouche le 3 novembre et succombe le 6 à la tuberculose pulmonaire.

(8). 24 décembre. Ro... Femme apportée infectée de chez une sage-femme de l'hôpital Necker où elle était en travail depuis trois jours. Rétrécissement du bassin. Basiotripsie. Délivrance artificielle.

1885. — (9). 2 avril. Seb... Femme apportée en travail, ayant une température de 38°,4, le facies altéré, etc. Le soir même elle avait du délire.

(10). 9 juin. Mih... Péricardite; symphyse cardiaque. Mort subite six heures après l'accouchement.

(11). 12 juillet. Jaq... Enfant mort et macéré. Infection puerpérale, cause inconnue. Passée en médecine où elle succombe.

(12). 31 août. Ju... Eclampsie. Femme apportée d'un service de médecine où elle avait eu déjà quatre attaques.

(13). 16 novembre. Br... Mort presque subite le troisième jour après l'accouchement. Chute de la température à 35°. A

(1) En décembre 1885, une femme enceinte de six mois à peine fut envoyée d'une salle voisine dans le service d'accouchements. Elle avait une diarrhée incoercible, et comme on croyait l'enfant mort, on s'était demandé si la présence du fœtus macéré n'était pas la cause des accidents. Le fœtus était vivant. La femme succomba deux jours plus tard sans avoir eu le moindre phénomène de travail, c'est pourquoi elle n'est pas classée parmi les femmes accouchées. La grossesse était trop peu avancée pour qu'on fit l'opération césarienne. A l'autopsie on trouva un cancer du rein.

l'autopsie on n'a rien trouvé qu'un peu de congestion cérébrale.

1886. — (14). 18 janvier. Leb... Femme enceinte de six mois. Apportée d'un service étranger en travail et infectée.

(15). 19 janvier. Rood... Eclampsie. Apportée à l'hôpital où elle succombe le jour même de son entrée.

(16). 7 février. Lab... Placenta prævia. Femme apportée exsangue du dehors; elle meurt un quart d'heure après son admission.

(17). 7 avril. Doll... Eclampsie.

(18). 30 avril. Lac... Phtisique apportée en travail du service de médecine où elle se trouvait; elle succombe cinq jours plus tard à la tuberculose pulmonaire.

(19). 1er juillet. Bou... Apportée à l'hôpital après deux jours de travail et des tentatives opératoires. Basiotripsie.

(20). 14 juillet. Au... Présentation de l'épaule. Version faite par un élève du service, rupture utérine. Mort.

(21). 4 septembre. Leq... Femme apportée de chez une sage-femme de l'hôpital Necker. Passée en médecine pour une ascite considérable. Morte le 7 septembre. Cancer de l'épiploon.

Le tableau qui suit donne le total des opérations les plus importantes qui ont été pratiquées pendant les quatre années :

Années.	Applications des forceps.	Versions.	Embryotomies diverses.	Tamponnements.	Délivrances artificielles.
1883	16	2	1	2	2
1884	26	»	6	»	5
1885	21	6	9	4	3
1886	24	4	3	»	8
Total. .	87	12	19	6	18

II. Services externes. — *Accouchements chez les sages-femmes* :

Années.	Nombre des accouchements.	Nombre des décès.	Décès par infection puerpérale.	Décès par autre cause.
1883	210	»	»	»
1884	185	2	2	»
1885	224	2	1	1. Néphrite aig.
1886	158	1	1	»
Total. .	767	5	4	»

Si nous résumons les chiffres contenus dans les tableaux qui précèdent, nous trouvons :

I. *A l'hôpital* : a) Mortalité générale comprenant *toutes* les causes de mort : 21 décès sur 1349 accouchements . . . . 1,55 0/0.

b) Mortalité totale par infection : 9 décès. Ce chiffre comprend aussi bien les femmes apportées infectées du dehors et qui n'ont pu être sauvées que les cas développés dans le service, soit . . , ... 0,66 0/0.

c) Mortalité par infection contractée dans le service : 4 décès, soit . . . . 0,29 00.

II. *Chez les sages-femmes* : sur 767 accouchements, 4 décès par infection, soit . . . . 0.53 0/0.

Si on se rappelle qu'on n'envoie hors de l'hôpital que les cas simples, ne devant selon toute apparence donner lieu à aucune complication, on voit que les résultats obtenus à l'hôpital sont loin d'être inférieurs, au point de vue de l'infection, à ceux obtenus chez les sages-femmes agréées.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — **M. J. SIMON.**

Diagnostic, pronostic et traitement de la diphthérie (*Suite*) (1).

Leçon recueillie par MM. les Drs Carron, ancien interne des hôpitaux, et Mercier, médecin-consultant à Bourbonne-les-Bains, et revue par M. Simon.

II. *Traitement de la diphthérie.* — Le traitement de la diphthérie d'une façon générale est, vous le savez, fort discuté ; quant au traitement spécifique, il est encore à trouver. Les médicaments que l'on a tour à tour vantés dans ce genre, puis abandonnés, sont très nombreux, et je vous ferai grâce de leur énumération, qui ne serait pour vous d'aucune utilité pratique. Qu'il vous suffise de savoir qu'aucun de ces agents, soi-disant infaillibles, n'a tenu les promesses de ses partisans et vulgarisateurs. Je les ai tous essayés et j'en ai reconnu l'impuissance, au moins en tant que spécifiques. En attendant que nous mettions la main sur ce moyen si désiré, sur la trace duquel nous avons peut-être été mis par les recherches microbiennes actuelles, nous ne devons pas cependant rester inactifs, et j'ai la ferme conviction que vous rendrez de grands services à vos malades si vous voulez bien suivre la ligne de conduite que je vais vous indiquer et à laquelle je crois pouvoir attribuer bon nombre de succès.

Je vous rappelle tout d'abord qu'il faut absolument bannir de votre pratique : 1° les vésicatoires dont la surface se recouvre de fausses membranes ; 2° les émissions sanguines et les mercuriaux qui affaibliraient les malades; 3° les préparations opiacées qui produisent une dépression rapide des forces. Ces notions sont élémentaires aujourd'hui, elles n'en sont pas moins très importantes. Si j'osais, j'ajouterais l'abus du chlorate de potasse administré à haute dose.

Voici le traitement que j'emploie contre l'*angine diphthérique :*

Localement, j'ai recours à trois moyens : *les badigeonnages, les irrigations et les gargarismes.*

Les badigeonnages peuvent être faits avec du jus de citron, du vinaigre simple ou aromatique ou même du vin rouge pur. Quand les fausses membranes sont très épaisses, je me sers volontiers d'un mélange de perchlorure de fer et de glycérine, à parties égales, que j'emploie 3 à 4 fois par jour.

Dans l'intervalle, je badigeonne avec les collutoires ordinaires, mais depuis deux mois à trois ans, je préfère à tous les autres la mixture suivante :

Acide salicylique	0.50 centigr.
Décocté d'eucalyptus. . . .	60 gr.
Glycérine	30 gr.
Alcool	12 gr.

Les propriétés m'en ont été vantées par mes amis les Drs Ory et Rafinesque, de Passy, et je les trouve bien supérieures à celles du jus de citron. Il faut procéder de la façon suivante : Vous imbibez de cette mixture un petit pinceau de charpie. A ce propos, veuillez retenir ce mince détail : le meilleur pinceau est celui que vous ferez vous-mêmes au moyen de brins de charpie attachés solidement au bout d'une tige de bois ; la charpie ne doit pas être trop longue, afin que vous puissiez *frotter* avec votre pinceau et non pas seulement *badigeonner*. Au moyen de ce pinceau, vous nettoierez la gorge en essayant de détacher les fausses membranes; mais

(1) Voir *Progr. Méd.*, n° 23, p. 455.

il y a un juste milieu à tenir : ne pressez pas trop vigoureusement, au point d'écorcher la muqueuse ou de la faire saigner, mais ne tombez pas dans l'excès contraire, et ne vous contentez pas de promener votre pinceau sur la surface des fausses membranes sans exercer de pression. Cette manœuvre devra être répétée toutes les heures, pendant le jour, et toutes les deux heures, pendant la nuit, en ayant soin chaque fois de changer la charpie.

Si votre malade est assez avancé en âge, vous lui conseillerez de se gargariser toutes les deux heures avec un des liquides suivants : acide borique, 4/100 ; borax, 4/200 ; eau de chaux médicinale ; eau vinaigrée ; solution de chlorate de potasse, 8/200 ; etc., etc., etc.

Le plus souvent, le sujet est trop jeune pour se gargariser, alors employez les irrigations, qui sont des plus bienfaisantes. Pour cela, usez d'un réservoir quelconque, pouvant contenir au moins deux litres d'eau et accroché au mur, aussi haut que vous le pourrez. Toutes les heures environ vous ferez des irrigations d'un litre d'eau de chaux coupée ou d'une des solutions précédentes ; vous aurez toujours soin de l'employer tiède. Ces irrigations à grande eau détergent la gorge, calment la douleur, souvent plus vite qu'on ne le dit généralement ; aussi verrez-vous les malades les plus jeunes s'y accoutumer rapidement et parfois les pratiquer eux-mêmes, tant ils en éprouvent de soulagement.

Sur le cou, appliquez, contre l'engorgement ganglionnaire douloureux, un corps gras quelconque, dans lequel vous incorporerez de l'iodure de potassium comme résolutif. L'onguent gris, très souvent employé en pareil cas, n'a pas grand avantage. J'ai, pour ma part, l'habitude de faire mettre une cravate ouatée sur laquelle est étendue une pommade à la belladone et à la jusquiame.

On a préconisé l'application d'une cravate de glace autour du cou ; je l'ai expérimentée quelque peu, et les résultats que j'en ai obtenus m'ont vite découragé. La possibilité de favoriser le développement d'une complication pulmonaire, si grave en pareil cas, m'engage à vous détourner de cette méthode fort en usage dans certains pays.

A l'intérieur, faites prendre du *perchlorure de fer*, à la dose de trois à six gouttes dans un peu d'eau, toutes les deux ou trois heures, au moment de l'ingestion d'un aliment liquide. Seulement veuillez vous rappeler que ce médicament se décompose quand il est en contact avec des cuillers métalliques, du lait, de l'eau de gomme ; il faut veiller à ces petits détails très importants, pour éviter des troubles digestifs.

Si le petit malade a dépassé cinq ou six ans, je lui donne volontiers les préparations de copahu et de cubèbe : soit l'extrait oléo-résineux de cubèbe à la dose de 4 à 6 gr. dans une potion aromatisée, soit la préparation suivante donnée par bols :

Cubèbe.	30 gr.
Copahu	60 gr.
Sous-carbonate de fer.	4 gr.
Sous-nitrate de bismuth q. s. pour solidifier.	

Quant au chlorate de potasse, dont on a voulu faire un véritable spécifique, je n'ai jamais constaté, je vous l'ai déjà dit, de résultat réel qu'on pût lui attribuer. Merveilleux dans les affections de la bouche, il n'est d'aucune utilité pour les maladies de la gorge, et, de plus, il affaiblit les petits malades quand on le donne à haute dose.

Les médicaments sont loin de suffire à combattre la diphthérie ; d'abord, vous ne devez pas fonder un espoir trop grand sur leurs vertus curatives, mais, même en dehors de cela, une médication qui ne serait pas secondée par l'emploi de moyens hygiéniques aboutirait toujours à un résultat funeste. Aussi devez-vous chercher à soutenir simultanément les forces de l'enfant. Insistez sur le régime tonique, c'est là un point capital ; donnez l'alcool sous toutes ses formes (eau-de-vie, malaga, champagne, porto, vin d'Espagne, etc.), l'extrait de quinquina ou le colombo ; et faites tous vos efforts pour que votre petit malade s'alimente raisonnablement et même un peu plus que raisonnablement, s'il est possible. Vous n'avez rien à craindre de ce côté, car vos efforts en vue d'arriver à la suralimentation seront toujours contrariés par la répulsion, malheureusement trop fréquente, du malade pour la nourriture.

La chambre de l'enfant, atteint de diphthérie, doit être soumise à certaines règles d'hygiène. La température y sera maintenue à 15° ou 16°. L'aération devra y être constante et se faire indirectement par une porte de communication avec la pièce voisine, ouverte de temps en temps. De cette façon, la fenêtre de la chambre du malade restera toujours fermée et l'air froid du dehors n'arrivera à son lit qu'après avoir, en traversant une première pièce, pris tout à la fois un peu d'humidité et de chaleur. Pour mieux atteindre ce résultat, il sera utile de faire des pulvérisations de thymol ou d'eau de vie (je crains les pulvérisations phéniquées chez les jeunes enfants) à l'aide d'un pulvérisateur à main ou à vapeur. Vous pourrez, dans le même but, maintenir en ébullition, près du berceau de l'enfant, une casserole contenant les mêmes substances.

M. Delthil a proposé, dans ces derniers temps, de placer le malade dans un atmosphère saturée de vapeurs de térébenthine et de goudron. Cette méthode n'est plus à l'essai, et, pour ma part, mon opinion est bien faite sur sa valeur. Je l'ai expérimentée, et, en tenant compte des observations qui se sont déroulées sous mes yeux, je puis conclure qu'elle ne répond pas aux espérances qu'elle avait fait concevoir à son auteur, sous l'impression de quelques séries heureuses, au début. Il ne suffit pas, en effet, d'un certain nombre de cas favorables ou défavorables pour juger une méthode. Ainsi, en juillet dernier, j'étais chargé du service de la diphthérie, et j'ai assisté à la guérison de cinq cas absolument désespérés qui ont guéri contrairement à nos prévisions. Il s'agissait de trois angines infectieuses et de deux croups tellement graves qu'on n'a pas cru devoir les opérer. Je les ai soumis à la méthode des lavages, des toniques et du perchlorure, dont je viens de vous conseiller l'usage après vous en avoir exposé la valeur thérapeutique. J'aurais pu dire, moi aussi, que cette méthode constituait un traitement puissant, pour ainsi dire infaillible de la diphthérie, mais éclairé par les insuccès fréquents d'autres méthodes dont l'emploi avait aussi débuté par une heureuse série, je me suis bien gardé de publier ces faits, encourageants sans doute, mais trop peu nombreux pour entraîner la conviction.

Il y a lieu de tenir grand compte des éléments variés du problème. Vous n'ignorez pas que le sang dans les diphthéries toxiques n absorbe presque plus d'oxygène, et que, dans ces cas d'empoisonnement profond, la privation de l'action vivifiante de l'air ambiant expose aux plus grands dangers les enfants soumis à des fumigations prolongées. Il vaudrait mieux mettre au contact du globule sanguin malade de l'oxygène en excès, en faisant respirer de l'oxygène préparé, plutôt que de dimi-

PUBLICATIONS
DU
Progrès Médical

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
D'ANATOMIE MÉDICALE
DU
SYSTÈME NERVEUX
PAR
Le Dr Ch. FÉRÉ

Un fort volume in-8° de 496 pages avec 204 figures intercalées dans le texte ; prix, **10** fr. — Pour nos abonnés : prix, **7** fr.

LEÇONS
DE
CLINIQUE CHIRURGICALE
Par le Dr TERRILLON
Rédigées par le Dr ROUTIER

Volume in-8° de 135 pages.—Pr. : 3 fr. 50.
Pour nos abonnés : 2 fr. 50.

HYSTÉRIE ET TRAUMATISME

PARALYSIES, CONTRACTURES, ARTHRALGIES, HYSTÉRO-TRAUMATIQUES
Par le Dr Paul BERBEZ

Un vol. in-8° de 127 p.— Prix, **3** fr. **50**
Pour nos abonnés, **2** fr. **75.**

PRIME EXCEPTIONNELLE

Les **Archives de Neurologie** forment aujourd'hui 12 volumes in-8 dont la valeur est de **124** fr. au prix d'abonnement. Les abonnés du *Progrès médical* auront droit à cette collection pour la somme de **80** fr.

Le prix de l'abonnement pour 1887 est de 20 fr. pour Paris, 22 fr. pour les départements et 23 fr. pour l'Union postale.

nuer par des fumigations la quantité de ce gaz contenue dans l'air ambiant.

Malgré l'application méthodique et rigoureuse du traitement, vous n'avez pu enrayer la marche du mal, le croup se déclare. Quelle conduite devez-vous tenir? Au début, quand les premiers signes apparaissent (respiration sifflante, raucité de la voix et de la toux), faites vomir votre petit malade. C'est dans la localisation laryngée que les vomitifs trouvent leur véritable indication, tandis que dans l'angine diphthérique, je les crois peu utiles; dans le croup, ils rendent service quand on les administre au début. Donnez l'ipéca de préférence à l'émétique, parce qu'il déprime moins les forces, et répétez son administration deux ou trois fois, suivant les indications, et suivant le pouvoir de résistance que montrera l'enfant. Quant au traitement général, vous aurez recours à celui que nous avons institué.

Dès que le tirage et l'oppression apparaîtront, prévenez la famille que la trachéotomie sera peut-être nécessaire dans un délai plus ou moins éloigné. Vous vous trouvez alors dans l'une des alternatives suivantes : ou bien les parents, intelligents et confiants, accepteront sans réserve, vous laissant liberté entière pour pratiquer l'opération quand vous le jugerez utile ; ou bien, au contraire, et c'est malheureusement le cas le plus fréquent, les parents hésiteront et même refuseront complètement. Dans le premier cas, vous opérerez dès que l'intervention sera indiquée et vous vous mettrez dans les conditions les plus favorables. Dans le deuxième cas, vous devrez voir l'enfant toutes les deux ou trois heures, démontrer à la famille les progrès de la dyspnée, du tirage, de l'asphyxie et tâcher de faire comprendre que la trachéotomie sera bientôt la seule chance de succès.

J'ai assisté plus d'une fois à des scènes de ce genre et je vous assure que c'est un rôle fort pénible que celui du médecin en pareille circonstance. Tantôt il se trouve en présence de parents affolés par la douleur et la crainte de faire souffrir inutilement leur enfant ; tantôt, il rencontre de l'opposition chez des gens moins intéressants, ceux qui possédant, sur d'autres matières, quelquefois un très haut degré d'instruction, se croient aptes à juger de l'opportunité d'une opération dont ils ne connaissent ni le but, ni l'indication, ni le résultat.

Il y a quelques années, je soignais un enfant atteint d'abord d'angine couenneuse, puis de croup. Le grand-père du petit malade, ingénieur célèbre, avait la prétention de diriger lui-même le traitement. Il refusa obstinément la trachéotomie quand je la proposai et je dois dire que le médecin de la famille partageait un peu son avis. Enfin, je tâchai de leur démontrer la nécessité absolue de l'opération : le tirage augmentait et épuisait les forces du petit malade, le temps pressait. Mon collègue et ami de Saint-Germain se joignit à nous; ce fut inutile ; à quatre heures du soir nous voyions ensemble l'enfant, et nous répétions encore une fois, mais toujours sans succès, nos tentatives. Au milieu de la nuit, le grand-père, voyant son petit-fils sur le point de mourir, nous appela en toute hâte, nous priant cette fois de pratiquer l'opération. L'enfant, arrivé aux dernières limites de l'asphyxie, n'avait même plus de tirage. La trachéotomie fut faite en un temps par de Saint-Germain avec cette habileté prestigieuse que vous lui connaissez ; mais l'asphyxie était trop avancée, l'enfant ne fut pas soulagé par l'opération et mourut quelques heures après. Si la famille nous avait permis d'intervenir au moment propice, nous aurions eu certainement de meilleures chances de succès. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Tubage du larynx.

Nous avons, dans un précédent article (1), parlé du tubage de la glotte ; après avoir rappelé le procédé de Bouchut, nous avons sommairement examiné les appareils employés par O'Dwyer. Nous allons revenir sur le manuel opératoire de l'intubation et indiquer les principales modifications qu'il a subi.

O'Dwyer se sert d'un long tube métallique dont la partie supérieure recourbée, un peu à la manière d'une sonde béquille, présente un œil dirigé directement en haut. Ce tube doit être introduit la partie recourbée étant dirigée en arrière et reposant sur les cartilages aryténoïdes postérieurement, sur les replis aryténo-épiglottiques latéralement de telle sorte qu'en s'abaissant l'épiglotte vienne fermer son orifice. La partie inférieure de ce tube descend dans la trachée jusqu'au niveau du manubrium.

Le Dr Hoadley (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 26 mars 1887), proposa de modifier l'opération de O'Dwyer et de la remplacer par ce qu'il appelle le *tubage profond*. Le tube qu'il préconise est plus court que celui d'O'Dwyer, il est à peine un peu plus long que le larynx, sa tête, au lieu d'être coudée, est arrondie et séparée du corps du tube par un léger étranglement, sa forme est telle qu'elle s'adapte à celle de la cavité du larynx, sa partie supérieure un peu excavée en cupule est percée d'un orifice. Le bord postérieur du tube est aussi un peu excavé et peut s'adapter au relief des cartilages aryténoïdes. Hoadley introduit toute la tête du tube dans le larynx de façon qu'elle soit sous-jacente aux fausses cordes vocales.

Waxham (*The Cincinnati Lancet and Clinic*, 12 février 1887) avait déjà modifié le tube d'O'Dwyer; son appareil était en caoutchouc et non en métal, il portait à sa partie supérieure une soupape formant une épiglotte artificielle.

En mai 1887 (*Chicago Medical Times*) Ch. Tascher propose l'intubation intra-ventriculaire du larynx. Il se sert de tubes ovalaires terminés supérieurement par un rebord arrondi. Ce rebord est destiné à reposer sur les vraies cordes vocales le tube proprement dit descendant de quelques centimètres dans la trachée. Quelque soit le tube employé, il présente à côté de son orifice principal un petit trou dans lequel passe un fil sur l'utilité duquel nous allons revenir. Voici comment on doit procéder à l'opération. L'enfant étant assis, la tête bien droite, maintenu dans les bras d'un aide, on choisit un tube de dimensions convenables ; on passe un fil dans l'œil de ce tube, puis on ouvre la bouche de l'enfant et on la maintient ouverte au moyen d'un baillon spécial dont les manches sont reportés en arrière pour ne pas gêner le chirurgien. On introduit alors l'index gauche jusque sur l'épiglotte du malade, on la relève en plaçant le bout du doigt directement sur l'ouverture de la glotte. On prend alors le tube qui a été préalablement fixé au bout d'un introducteur, sorte de tige métallique coudée à angle droit et terminée par une portion renflée qui reproduit le moule intérieur du

(1) Voir *Progrès médical*, n° 18, p. 352.

tube. A l'aide de cet instrument on introduit doucement le tube par dessous le doigt. Quand il est bien engagé, l'index gauche appuie sur son bord supérieur tandis qu'on dégage l'introducteur. On complète alors l'installation du tube en le poussant encore avec le doigt. Après avoir laissé tousser et respirer l'enfant on vérifie si la position du tube est bonne, on retire le fil puis on enlève définitivement le doigt et le baillon.

Il faut, durant toute l'opération, que le tube et la main de l'opérateur fassent ensemble un angle droit reproduisant l'angle formé par l'axe prolongé de la trachée avec celui de la bouche.

Le fil est destiné à retirer facilement le tube s'il était mal engagé dans le larynx ou bien s'il avait passé dans le pharynx. On le retire après l'opération pour que l'enfant ne puisse arracher son tube en tirant sur lui.

L'extraction du tube se fait avec une pince spéciale pénétrant dans l'orifice supérieur du tube et s'ouvrant dans sa cavité qu'elle presse de dedans en dehors ; c'est une pince un peu analogue à celle que l'on emploie pour extraire les corps étrangers de l'urèthre. L'extraction se fait d'une manière analogue à l'introduction, on place le baillon, on reconnait avec l'index gauche le sommet du tube et sous le doigt on introduit l'extracteur. Les trois procédés de tubage que nous avons examinés ont donné des résultats heureux mais comptent aussi des revers. Ils ont presque toujours été appliqués sur des enfants, pourtant O'Dwyer a intubé deux fois des adultes et J.-J. Reid a publié un nouveau cas de tubage chez l'adulte (*The Medical and Surgical Reporter*, Philadelphie, 14 mai 1887). Maintenant que nous connaissons en substance l'opération du tubage, examinons si son exécution est facile, voyons les accidents auxquels elle a donné lieu et finalement comparons là à la trachéotomie et cherchons à distinguer laquelle de ces deux méthodes mérite la préférence.

Et d'abord l'intubation est-elle une opération facile ? A ce sujet les auteurs sont divisés, Hance (*Weelky Med. Review*, Saint-Louis, 15 janvier 1887) nous dit que le tubage se fait sans difficultés et avec rapidité, tandis que Partridge (*The Arch. of Pediatrics*, Philadelphie, mars 1887) considère comme nécessaire un assez long apprentissage sur le cadavre.

La lecture des observations nous prouve que l'intubation est parfois très laborieuse. Dans un cas de Ferguson (*New-York Med. Journ.*, 5 mars 1887), on ne réussit à introduire le tube qu'à la seconde tentative. Dunning (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 19 février 1887), parlant d'une opération faite sur un enfant de 2 ans et 4 mois atteint de croup membraneux dit qu'il éprouva des difficultés considérables pour mettre le tube en place, qu'il eut à vaincre une résistance énorme et que le tube, enfin placé, eut une tendance constante à sortir du larynx. On put pourtant l'y laisser après deux tentatives vaines. Dans un cas (*New-York Med. Journ.*, 11 novembre 1886), le Dr Jennings de Détroit ne put réussir à introduire le tube.

Le tubage n'a donc pas sur la trachéotomie l'avantage d'être une opération très facile, à la portée de tous les praticiens, et nous-même avons pu nous convaincre en essayant à l'école pratique d'introduire des canules dans le larynx de cadavres d'adultes, avec l'instrument de M. Bouchut, que cette introduction offrait parfois de sérieuses difficultés. Nous ne voulons toutefois tirer aucune conclusion de nos quelques expériences, car elles ont été faites avec des instruments défectueux et nous attendrons, pour nous faire à ce sujet une opinion personnelle, d'avoir expérimenté avec les appareils d'O' Dwyer.

Mais, supposons le tube en place, que va-t-il arriver ? l'enfant sera pris d'une toux salutaire, car elle lui permettra d'expulser ses fausses membranes, la respiration se régularisera et toute trace de dyspnée disparaîtra. Voilà un résultat idéal, mais, hélas ! bien inconstant à en juger par les nombreux accidents que nous avons notés sur les observations publiées dans les journaux américains. Dans quelques faits, le tubage n'a amené aucun soulagement, la canule ayant été bouchée par des fausses membranes. Wheeler (*New-York med. Journ.* 26 février 1887), cite l'observation suivante : une fillette de trois ans et demi subit l'intubation 24 heures après le début d'un croup membraneux s'accompagnant de phénomènes asphyxiques graves. Le tube d'O'Dwyer fut très bien supporté et amena un prompt soulagement. Mais, dans la soirée, la malade fut prise d'étouffements et mourut presque subitement. M. Wheeler ajoute : « la distance entre mon cabinet et le domicile de la malade était d'un mille, ce qui rendait impossible toute intervention de ma part. »

Le tube retiré après la mort fut trouvé bouché par une grande fausse membrane.

Le tubage, parfois, ne donne même pas un soulagement immédiatement et le Dr Henrotin (*Journal of The Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 26 mars 87) ne constata sur un de ses malades aucune amélioration après quatre introductions successives du tube. Le Dr Anderson (*Pacific. médical and Surgic., journ. and Western lancet.* San Francisco, mars 1887) parle d'un enfant de 18 mois chez lequel le tubage ne diminua pas la dyspnée.

Enfin, la trachéotomie a pu devenir nécessaire après des tentatives de tubage n'ayant produit aucun résultat. Ceci eut lieu dans le cas de Ferguson cité plus haut ; après avoir péniblement introduit un tube d'O'Dwyer, on s'aperçut que la dyspnée persistait. On enleva alors le tube et l'inspiration devint plus facile, mais comme l'expiration était presque impossible, on se décida à faire la trachéotomie qui soulagea complètement le malade.

Nous venons de voir une série de cas dans lesquels le tubage n'a pas fait disparaître la dyspnée. Dans une autre série, le tube a été mal supporté ou rejeté fréquemment par la toux. Le rejet du tube par la toux est si fréquent que nous craindrions de fatiguer le lecteur en lui rapportant toutes les observations que nous avons en notre possession ; Anderson en cite trois cas, dont l'un mérite une mention spéciale, car l'enfant, âgé de trois ans, au lieu de cracher son tube l'avala, et celui-ci fut retiré de l'estomac à l'autopsie. Il est d'ailleurs arrivé plusieurs fois que des enfants avalent leur tube : O'Dwyer a vu cet accident se produire pendant le sommeil d'un de ses malades. Hance cite un cas analogue.

Parfois le tube est si mal toléré par le larynx qu'on

est obligé d'avoir recours à la trachéotomie, c'est ce qui eut lieu dans le cas suivant rapporté dans le *Weekly médical Review* (St-Louis, 15 janvier 1887). Un enfant de trois ans atteint de diphthérie subit l'intubation, mais rejeta son tube dans un accès de toux, 32 heures après l'opération. On pratiqua un nouveau tubage : le tube ne fut gardé que 3 heures. Un tube plus gros le remplaça et ne fut gardé que 4 heures, une nouvelle opération fut pratiquée et six heures après eut lieu une nouvelle expulsion. On se décida alors à trachéotomiser le malade. Dans quelques cas, le rejet du tube a été cause de la mort de l'enfant. Henrotin rapporte en effet l'observation d'un malade qui mourut asphyxié une heure après avoir expulsé son tube.

L'intubation est donc souvent appelée à être faite plusieurs fois sur le même individu, puisque très souvent le tube est rejeté dans un accès de toux après une première intubation. Cette répétition opératoire, outre qu'elle est une fatigue pour le patient, entraîne de graves conséquences. O'Dwyer avoue que les tubages successifs causent souvent des accidents pulmonaires. Anderson cite cinq cas dans lesquels il intuba plusieurs fois le même malade ; trois fois il vit apparaître une bronchite ou une pneumonie catarrhale.

Une fois il n'eut pas d'accidents (on peut ne pas parler du cinquième cas : c'est celui du malade qui avala son tube).

Résumons une des observations d'Anderson : Willie Dineen, 26 mois, atteinte de croup diphthérique, fut tubée et éprouva un prompt soulagement, mais son tube fut rejeté dans un accès de toux au bout de 24 heures. On replaça un tube plus gros qui resta dix jours en place. Au bout de ce temps on l'enleva, mais des phénomènes asphyxiques reparaissant, on dut bientôt le remettre en place. Quelques heures après ce dernier tubage éclata une bronchite catarrhale qui, exceptionnellement, ne fut pas mortelle. Anderson, à propos de cette bronchite dit : « Ceci confirma mes soupçons déjà éveillés, à savoir qu'il y a relation de cause à effet entre cette complication et la manœuvre des tubes ».

Mais laissons-là tous ces accidents et, supposant le tube mis en place et bien supporté par le larynx, examinons ce qui va se produire. Si l'on veut alimenter son malade, on se heurte à plusieurs inconvénients; Partridge nous dit que le tube laryngien gêne la déglutition ; mais cette gêne est d'une importance secondaire si on la compare aux accidents possibles à la suite du passage des matières alimentaires dans les voies respiratoires. Pour prévenir cet inconvénient du tubage Partridge conseille de faire asseoir l'enfant pendant qu'il boit et surtout de ne lui donner que peu de liquide à la fois, en lui enjoignant de retenir sa respiration pendant la déglutition. Nous nous demandons comment un pareil conseil pourra être suivi par un jeune enfant ?

Les auteurs américains nous présentent l'entrée des boissons et des aliments dans les voies respiratoires comme exempte de dangers, car ces corps étrangers sont rejetés dans un effort de toux en entraînant le tube. Ce reject du tube constitue déjà un sérieux accident, et nous ne pouvons croire inoffensive la présence sur la muqueuse bronchique de corps irritants et parfois septiques. On a d'ailleurs essayé de remédier aux accidents qui nous occupent en employant l'alimentation rectale. Mais celle-ci est bien insuffisante lorsqu'il s'agit d'enfants aussi débilités que les diphthéritiques. L'alimentation par la sonde nasale est peut-être préférable.

Le tube laryngien comme le tube trachéal produit sur la muqueuse des voies respiratoires des ulcérations de peu de gravité. Elles siègent sous l'épiglotte et dans la trachée, au niveau de l'extrémité inférieure du tube. Ces ulcérations ont été parfois assez sérieuses et un enfant opéré par le procédé de Hoadley eut une perforation complète à la base de l'épiglotte. Disons encore à propos des accidents possibles pendant le séjour des tubes, que Partridge a vu deux fois ces derniers glisser dans la trachée.

Examinons maintenant ce qui peut se produire au moment de l'extraction des tubes.

Cette extraction est parfois très difficile et dans quelques cas de graves complications se sont produites pendant qu'on l'exécutait. A l'appui de notre dire citons l'observation suivante de Dunning (*The Cincinnati Lancet and Clinic*, 22 janv. 1887).

Un enfant de 3 ans atteint de croup et en état d'asphyxie évidente, fut intubé après une vive opposition des parents. Aussitôt après son introduction le tube se boucha et on dut faire immédiatement un second tubage. Quelques minutes après, un accès de toux se produisit et amena l'expulsion du tube que l'on introduisit de nouveau: une amélioration remarquable se produisit alors. Le lendemain l'enfant put se lever, boire du lait, en un mot il présenta un état général très satisfaisant. La deuxième nuit après l'opération une fausse membrane s'engagea dans le tube et causa de la suffocation, mais elle fut rejetée par un violent effort de toux.

La déglutition présenta un peu de difficulté parce que des parcelles alimentaires s'engageaient dans la trachée et produisaient de la toux.

Au bout de cinq jours en voulant retirer le tube à l'aide du rétracteur, celui-ci dérapa deux fois et à chaque tentative d'extraction le tube fut repoussé plus loin dans le larynx ; son extrémité supérieure descendit ainsi dans le ventricule du larynx puis entre les cordes vocales inférieures et enfin comme on essayait encore de le retirer il s'engagea complètement dans la trachée d'où on ne put le dégager. On fit alors la trachéotomie et l'on put ainsi extraire le tube par la plaie trachéale après avoir vainement essayé de le repousser en haut vers le larynx.

On laissa pendant cinq jours dans la trachée une canule à trachéotomie. L'enfant supporta bien toutes ces opérations.

Henrotin, sur huit tubages, eut deux fois des difficultés pour extraire le tube. — Dunning (*Journal of the American Med. Assoc.*, Chicago, 19 fév. 1887) parle d'un enfant de 3 ans 1/2, atteint de croup membraneux, chez lequel l'intubation fut facilement faite et suivie d'un soulagement marqué. Chaque fois que l'on alimentait cet enfant, il était pris d'une toux violente, ce qui prouvait que des corps étrangers pénétraient dans les voies aériennes. Une fois le tube fut ainsi rejeté et on le remit en place. Quand on voulut l'enlever, on fit quatre tentatives infructueuses, parce que les pinces glissaient. L'extraction ne put être pratiquée que le lendemain.

Dans un cas de Tascher, la difficulté que l'on éprouva à retirer le tube faillit causer la mort de l'enfant.

C'était une petite fille de 3 ans, qui avait fort bien supporté l'intubation. Mais le second jour qui suivit cette opération une grande fausse membrane s'engagea dans le tube et produisit de l'asphyxie. On envoya en toute hâte chercher le docteur Tascher. Quand il arriva, la fillette était presque complètement asphyxiée. Il voulut retirer rapidement son tube, mais deux fois ses efforts furent infructueux. Après ces vaines tentatives la malade était en état de mort apparente. Tascher essaya de nouveau d'ôter son tube et il put enfin y parvenir. Il fut alors obligé de faire la respiration artificielle pour ranimer sa malade. Celle-ci finit par guérir.

Après l'ablation du tube, on remarque souvent une aphonie de durée parfois assez longue pour que Eichberg la considère comme une des objections sérieuses à formuler contre l'opération d'O'Dwyer. (*The Cincinnati Lancet clinic*, 12 mars 1887).

Nous discuterons, dans un prochain Bulletin, la valeur de cette opération. ISCH-WALL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. TRÉLAT lit un mémoire sur *la nature et la valeur des progrès récents dans les amputations des membres.* Il cite les résultats de 52 grandes amputations qu'il a pratiquées depuis 1880, tant à l'hôpital Necker qu'à l'hôpital de la Charité : les amputations de cuisse et de jambe, les plus graves de toutes, sont au nombre de 42. Or, sur ces 52 grandes opérations, la mortalité a été de 8, soit 15.3 0/0, alors qu'autrefois elle oscillait de 28 à 67 0/0. A Necker, la mortalité est encore trop forte (un amputé sur quatre) ; à la Charité, avec une antisepsie patiemment améliorée dans tous ses détails, elle tombe à un pour vingt-cinq. Il n'y a nulle part de résultats supérieurs à ceux que M. Trélat a obtenus à la Charité. Ces guérisons fréquentes sont en même temps plus simples et beaucoup plus rapides qu'autrefois. La suppuration n'est plus une conséquence de la plaie ; elle résulte d'une contagion septique primitive ou secondaire. Dès lors nous savons où et comment il faut combattre cette fâcheuse complication quand elle se présente. Dans ces conditions, on voit les plaies larges et complexes des amputations qui, autrefois, n'atteignaient la guérison qu'en deux et trois mois, guérir fréquemment en douze ou quatorze jours. Grâce à la réunion immédiate les chirurgiens peuvent se préoccuper à bon droit de constituer des moignons souples, indolents, solides, bien pourvus de chairs et propres en somme aux fonctions diverses de la portion du membre conservée. M. Trélat a le ferme espoir que l'on arrivera au pansement unique : mais il faut encore, pour cela, quelques perfectionnements techniques pour les moyens d'union et de drainage de la plaie.

M. ALEXANDRE LABOULBÈNE décrit *l'état larvaire des Helminthes Nématodes, parasites du genre Ascaride.* Le développement de l'Ascaris lumbricoïdes est direct, contrairement à l'opinion de von Listow qui suppose un enkystement dans les organes d'un myriapode. L'œuf segmenté donne issue dans le corps de l'hôte définitif à l'embryon qui arrive très vite à l'état larvaire puis à l'état sexué. Les expériences de Grassi démontrent que des œufs mûrs étant avalés ont pu fournir dans les fèces des Ascarides sexués au bout d'un mois. Les œufs de l'Ascaris, sortis avec les matières alvines, sont déposés sur la terre et entraînés par les pluies : ils vont alors dans les ruisseaux et les mares. Les arrosements peuvent les déposer sur les plantes alimentaires L'eau est le véhicule ordinaire de ces œufs : aussi l'usage de plus en plus répandu des fontaines filtrantes explique-t-il la rareté croissante de l'Ascaris lumbricoïdes dans les villes, tandis que ce ver est commun à la campagne, où l'on boit l'eau non filtrée.

M. MAREY décrit un *nouvel odographe à papier sans fin* qui permet de déterminer avec précision les influences qui font varier la vitesse des allures de l'homme. Cet instrument fait en outre connaître le résultat des conditions extérieures sur la vitesse des allures : la nature du terrain, sa pente plus ou moins prononcée, la sécheresse et l'humidité atmosphérique, la force et la direction du vent, sont des facteurs dont il importe de tenir compte.

M. J. TEISSIER communique les résultats de ses recherches sur *l'étiologie de la diphtérie*, d'après les observations qu'il a recueillies à Lyon où cette maladie est de date récente. La diphtérie est une maladie surtout infectieuse, dont le germe (bacille de Lœflers ou de Cornil), transmis par l'intermédiaire des poussières atmosphériques, a pour voie d'absorption essentielle les organes respiratoires. Les poussières émanées des fumiers, dépôts de chiffons ou de paille, sont particulièrement suspectes, ceux-ci constituant d'excellents milieux de culture pour le germe pathogène ; les pigeons et la volaille semblent être les agents les plus actifs de l'ensemencement de ces différents milieux infectieux. La contagion directe est rare.

M. HERVÉ-MANGON est élu vice-président de l'Académie jusqu'au 1er janvier 1889, en remplacement de M. JANSSEN, appelé à remplir les fonctions de président, par suite du décès de M. GOSSELIN.

M. CHIBRET, dans la séance du 31 mai, a étudié *l'action du régime lacté sur l'excrétion de l'urée.* Quand le régime lacté est absolu, l'urée excrétée augmente de 60 0/0 : si le lait n'intervient que pour moitié dans l'alimentation, cette excrétion augmente de 35 pour 100. Cette augmentation n'est pas due à la perte de poids, car l'un des individus observés a engraissé pendant cette période. Le lait modifie profondément la constitution de l'albumine du sang.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. DASTRE.

M. BRASSE a employé le réactif de Tanret dans la recherche qu'il a faite des différents corps contenus dans l'urine ; l'albumine seule présente une réaction qu'on pourrait confondre avec celle des sels biliaires.

M. GELLÉ. — Si on exerce une pression légère sur le tympan droit, avec la poire à air adaptée au conduit, on diminue aussitôt la sensation sonore perçue par l'oreille gauche. C'est une expérience qu'on peut renouveler à volonté et qui démontre l'accommodation synergique des deux organes auditifs et leur dépendance mutuelle. En agissant sur un côté on agit sur l'autre. Il est nécessaire toutefois, pour que le phénomène se produise, que l'appareil récepteur des ondes soit intact : il manque, dès que l'on constate la raideur, l'ankylose, l'immobilité de l'appareil conducteur (chaîne des osselets), agent de l'accommodation.

Chez une hystérique hémianesthésique droite atteinte également d'hémi surdité droite, j'ai pu constater l'insensibilité du tympan et du conduit auditif au contact, à la piqûre, etc., et la surdité par toutes voies. En agissant sur l'oreille sourde par les pressions centripètes du ballon à air, on abaissait constamment aussi la force du son perçu par l'autre. Malgré l'anesthésie, le réflexe était donc conservé. Ce fait semble prouver que la sensibilité d'une moitié du corps peut s'étendre et cependant les fibres nerveuses qui en émanent conservent la faculté de conduire les excitations, surtout celles des mouvements synergiques.

M. LABORDE a étudié deux poisons dont se servent certaines peuplades sauvages. Le premier nommé *Hippo* par les indigènes Sakayes ou Somanys est, d'après les relations de MM. de Morgan et Lowe extrêmement actif. Une flèche de sarbacane qui en est enduite tuerait un tigre en cinq minutes. Ces auteurs ont noté que le poison produit d'abord des vomissements, puis des convulsions tétaniques

bientôt suivies de mort. M. Laborde a expérimenté tantôt avec les flèches elles-mêmes, tantôt en diluant le poison obtenu par le raclage et en l'injectant sous la peau. Il se produit presque immédiatement des vomissements et de l'annélation ; au bout de quelques minutes surviennent des attaques tétaniformes, puis un arrêt simultané du cœur et de la respiration ; l'autopsie montre le cœur en diastole et chargé de sang noir. Dans tous les cas il est impossible de réveiller la contractibilité cardiaque par les excitations électriques. Ce n'est pourtant pas là un poison musculaire : son action s'exerce directement sur les autres bulbaires, car, lorsqu'on a sectionné préalablement le bulbe, la mort est beaucoup plus lente à se produire.

Le deuxième poison, appelé *Vakamba*, du nom de la tribu guerrière qui le prépare, a été mis à la disposition de l'auteur par M. Nocard. Sa préparation est à peu près aussi inconnue que celle du premier. Il produit aussi des effets sensiblement analogues, toutefois la contractilité musculaire semble plus vite et plus directement atteinte.

M. Giard a étudié les *Bopyriens*, petits parasites des crustacés et crustacés eux-mêmes. Sous leur influence, les organes sexuels des mâles s'atrophient et l'individu a de la tendance à revenir au type femelle.

M. Périer rappelle qu'il existe des faits analogues chez les polypes hydraires envahis par des larves parasites.

MM. Ch. Richet et Gley étudiant l'élimination de l'azote et de l'eau dans l'urine sont arrivés à ce résultat, que l'élimination du premier se fait surtout 5 heures après le repas et une heure seulement pour la seconde.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. A. Fournier poursuit la lecture de son rapport sur la *prophylaxie de la syphilis*. Ce n'est pas seulement sur des mesures de répression administrative et de surveillance policière que repose la prophylaxie publique de la syphilis. Elle réside aussi et non moins sûrement, dans un ensemble de moyens qui ont pour visée d'attaquer médicalement la maladie, de traiter, d'hospitaliser, de guérir les malades et, conséquemment, de raréfier, d'épuiser les germes de la contamination. Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il devrait être augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet. Cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se ferait non pas par la création de nouveaux services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte. Hospitaliser la syphilis dans ses formes contagieuses, c'est la rendre inoffensive. La commission a émis le vœu que ces nouveaux hôpitaux fussent placés hors des murs d'enceinte, et cela au double point de vue des conditions d'hygiène et des considérations d'économie budgétaire. Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seraient délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux. Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite des médicaments, serait annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes. Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation serait faite : 1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin en chirurgie du bureau central : 2° Pour les malades réclamant leur admission, pas les médecins ou chirurgiens titulaires. Les médecins ou chirurgiens du Bureau central, délégués à ces fonctions ne pourraient les résilier avant cinq années d'exercice.

Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il serait créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes ; et les locaux affectés à ce dit service seraient aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. — Dans un troisième chapitre, M. Fournier aborde les réformes qu'il conviendrait d'introduire dans l'enseignement : la Commission a pris à tâche de rechercher quels pourraient être les moyens capables de développer parmi les jeunes générations médicales les connaissances syphiliographiques qui sont indispensables à tous les praticiens, en utilisant dans ce but toutes les ressources hospitalières dont nous pouvons disposer. Les mesures adoptées par la Commission sont les suivantes : 1° Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes à tout étudiant en médecine justifiant de 16 inscriptions ; 2° exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes ; 3° attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare ; et de tout ce personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes : 4° attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au Dispensaire de salubrité publique ; 5° composition des services de Saint-Lazare suivant le plan des services de l'Assistance publique ; et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux. Tous ces desiderata seraient obtenus si on transformait Saint-Lazare en Lourcine. Séquestration et incarcération, avec les procédés, la discipline, les rigueurs d'un pénitentier, voilà l'ancien système et le système qui survit encore aujourd'hui, malgré les réclamations, les impatiences, les protestations, les indignations de l'opinion publique. Et, tout au contraire, ce que, d'accord avec le bon sens, la justice et les considérations médicales, la Commission propose est ceci : l'internement, mais l'hospitalisation pure et simple, l'hospitalisation tolérante, éclairée, charitable, se substituant au système inutile, inique et dangereux de la prison.

Le prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine appelle également un ensemble de mesures spéciales : il conviendrait, en effet : 1° D'instituer dans l'armée une série de conférences ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes en général et sur les dangers de la syphilis en particulier ; 2° De provoquer de la part d'un soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie ; 3° De consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées ; d'interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements ; 4° D'écarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis ; 5° De supprimer les visites faites en commun et de les remplacer par des examens privés, individuels, directs ; 6° D'instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Chalons.. Toutes ces dispositions prophylactiques ne sont pas moins applicables à la marine qu'à l'armée de terre.

Abordant enfin la prophylaxie des contagions syphilitiques dérivant de l'allaitement, M. A. Fournier se demande si la Société ne pourrait pas imposer aux parents du nourrisson la contre-partie de l'obligation qu'ils ont imposée à la nourrice. La commission demande qu'un arrêté préfectoral complète, sous la forme suivante, les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement : nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson.

M. Tarnier présente, au nom de M. Lingrand (de Lille), deux instruments : un forceps et une palette servant à soutenir la tête du fœtus derrière le périnée.

M. Huguet présente un nouvel inhalateur dont il est l'inventeur..

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Prunier sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de phar-

macic. La Commission présente, en première ligne : M. Moissan ; en deuxième ligne : M. Marty; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Beauregard et Petit ; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Quesneville et Vigier.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 *décembre* 1886.— Présidence de M. Cornil.

18 *bis*. Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal ; par le Dr Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux. (*Suite.*)

(*Mémoire présenté à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire*).

Obs. XVII.— Paquet : *Archives générales de médecine*, 1867. — Fille de 17 ans. Tumeur considérable occupant la partie latérale gauche du plancher de la bouche et faisant saillie à la région sus-hyoïdienne. Début il y a 5 ans par une petite noisette à la région sous-maxillaire gauche qui n'augmente que depuis un an. On a fait une ponction au bistouri, sans résultat, à la région sous-maxillaire. La tumeur grosse comme un *œuf de dinde* refoule la langue en haut et à droite sans déviation de l'arcade dentaire inférieure. *Dans la déglutition, la malade sent la langue former une gouttière* latérale droite, dans laquelle passent les aliments. Saillie à la région sus-hyoïdienne lisse, sans bosselure, n'adhérant pas à la peau, bien qu'elle n'offre que peu de mouvements de latéralité. La muqueuse recouvrant la saillie buccale est rosée, bleuâtre, avec turgence des veines par suite de la compression. A la surface, conduits de Warthon secrétant la salive. Pas de douleur, mais gêne de la parole, de la déglutition, de la mastication produite par l'immobilisation de la partie gauche de la langue. Ponction. Pas de liquide, matière sébacée. Opération faite par Denonvilliers. Incision de 4 cent. parallèle au bord inférieur du maxillaire, à un travers de doigt au-dessous. Un aide, un doigt dans la bouche, refoule la tumeur qu'on énuclée facilement. Denonvilliers ayant voulu la faire basculer pour l'extraire, elle roula sous le doigt, et on dut l'attirer avec une pince pour la faire sortir à travers l'incision faite au muscle mylo-hyoïdien et à la peau. Elle fut retirée entière sans ouverture de la poche. Introduction de charpie dans le fond de la cavité. La muqueuse du plancher buccal fut un peu tuméfiée au début. La résolution commence au sixième jour. Il ne reste qu'une cicatrice blanchâtre qui tend à s'effacer.

Obs. XVIII. — A. Padieu : *France médicale*, 1874. — Fille de 23 ans, robuste. Fluxions répétées causées par la carie des dents du côté droit, auxquelles elle attribue son affection. S'est aperçue à 18 ans qu'elle avait une tumeur de la *grosseur d'une noix*. Son développement a été lent et régulier, et actuellement elle forme saillie du côté de la région sous-maxillaire et un peu plus du côté du plancher buccal. C'est la *gêne à la déglutition et à la parole* qui l'ont amenée à consulter. Applications sans résultat d'antiphlogistiques, de sangsues. Trois ponctions sans issue de liquide et deux incisions sans résultat. Enfin, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Herbert. A la partie supérieure du cou, dans la région sous-maxillaire droite, tumeur du volume et de la forme d'un gros œuf de dinde à grand diamètre (7 cent.) dirigé de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas. Pas de changement de couleur de la peau, qui n'est pas adhérente. Aspect arrondi, lisse, et fluctuation si nette que l'on eût cru à une tumeur liquide. Du côté du plancher de la bouche, saillie entre le maxillaire et le bord droit de la langue; elle détermine un engourdissement de la langue avec gène de la déglutition, de la mastication, et de la parole. Cette tumeur paraît adhérente à la muqueuse. Incision de 8 cent. sur la peau de la région sous-maxillaire, suivant le plus grand diamètre de la tumeur. La glande sous-maxillaire, aplatie, coiffe la tumeur et de prime abord semble en faire partie. La veine et l'artère faciales sont liées à cause des connexions avec la tumeur. Toute la tumeur est isolée, sauf au niveau de ses adhérences avec la muqueuse : section au-dessous d'une forte ligature. Quatre points de suture maintiennent réduite la glande sous-maxillaire. Guérison complète en quinze jours.

Obs. XIX. — Barbès : (*Guéterbock. Résumé*).— Homme de 26 ans, souffrant depuis un an d'une glande dans la moitié gauche de la bouche. Gêne *de la parole, de la mastication, de la déglutition, de la respiration.* La partie gauche de la bouche était le siège d'une tuméfaction refoulant la langue en haut et à droite. La muqueuse était rouge ; elle était épaisse au point culminant de la tumeur, mais pourtant *mobile* sur la tumeur. Elle s'étendait jusqu'aux dernières dents molaires. En bas et en dehors, elle se prolongeait au delà de l'angle de la mâchoire, où elle formait une proéminence que l'on pouvait augmenter en pressant dans la cavité buccale. Tumeur indolente *fluctuante du* volume d'un *œuf de poule*. Les ganglions n'étaient pas pris. La troisième molaire inférieure du côté malade était cariée. Deux incisions répétées à quinze jours de distance. Sortie de sang.

Opération. Incision longitudinale parallèle au bord de la langue. En pressant sur le bord de la tumeur pour la rendre plus saillante, je fis la division des couches. La muqueuse était plus épaisse qu'on ne croyait. La tumeur, facilement énucléée, éclata et donna issue à un liquide contenant des cheveux. La tumeur allait jusqu'à l'épiglotte et adhérait à l'os hyoïde. Elle fut liée avec un fil de caoutchouc et sectionnée en avant de la ligature. Drainage de la plaie. Guérison en un mois.

Obs. XX.—Barbès, 1879 : Obs. inédite, Richet.—Femme de 28 ans. Portait sur la moitié droite du plancher de la bouche une tumeur grosse comme *un œuf de poule*, qui faisait à la fois saillie dans la bouche et sous la mâchoire. Richet incisa, en fit sortir une matière épaisse, cautérisa la paroi de la poche au nitrate d'argent. Guérison.

Obs. XXI.—Barbès : (Personnelle).— Femme de 24 ans, chétive. A eu dans son enfance des engorgements ganglionnaires. Dentition mauvaise ; les arcades sont en forme de dents de scie. Il y a 7 ou 8 mois, elle sentit dans la bouche une petite boule qui *gênait les mouvements de la langue.* La tumeur a grossi graduellement. C'est une tumeur sphérique du volume d'*une petite pomme*, occupant la ligne médiane et repoussant la langue en arrière. Les canaux de Warthon sont saillants, mais la salive est sécrétée normalement. La tumeur a une apparence bleuâtre et n'est pas transparente. Elle est *fluctuante* et le doigt ne laisse pas d'empreinte. Elle fait saillie sous le menton, au niveau de la ligne médiane. Pas d'engorgements ganglionnaires au pourtour. La muqueuse ne paraît pas adhérente à la tumeur. Aucune gêne de la mastication ni de la prononciation. Incision de la tumeur sur la ligne médiane. Issue de 100 grammes de matière. Ecartant les lèvres de la plaie, on vide la poche et cautérise avec le nitrate. On met un drain et on continue les cautérisations. Deux jours après, gonflement de la région sous-hyoïdienne, avec impossibilité de resserrer les mâchoires. Le gonflement disparaît sans contre-ouverture à la région sous-hyoïdienne, et la malade sort au bout de douze jours avant la cicatrisation complète.

Obs. XXII.—Grüber : (*in Virchow Archiv für pathologische Anatomie*, 1880, Bd 81, p. 442).— Kyste trouvé sur le cadavre d'un jeune homme de 20 ans. Tumeur *de 6 cent. de long, de 5 cent. de large*, située dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane. Dans la bouche, aucune saillie ; la grosseur n'est pas sensible, ni sur les côtés, ni sous la langue. Après la section de la peau et du pannicule adipeux, on voit qu'elle repose sur les ventres antérieurs du digastrique et sur le mylo-hyoïdien, au devant de l'os hyoïde. A la palpation, on peut déjà penser que l'on a affaire à un sac élastique renfermant une substance pâteuse. Les digastriques sectionnés, on voit les mylo-hyoïdiens fortement bombés par la saillie. On constate, en achevant la dissection, que la tumeur est située entre les génio-hyoïdiens

ET LES GÉNIO-GLOSSE, sous l'extrémité antérieure de la sublinguale, à droite et à gauche, et à gauche sous le canal de Warthon et le nerf lingual. Une petite artère, branche de la sous-mentale, paraît y pénétrer. Le *sac* a une couleur blanc mate, une forme ovale, avec sa grosse extrémité tournée à droite. Il est uni aux parties voisines par un *tissu cellulaire lâche* : on peut l'isoler sans l'aide du couteau. Ce sac, composé d'un tissu fibreux résistant, contient de gros grumeaux d'une masse divisée en bouillie, filante, de couleur blanchâtre. Elle est constituée par des cellules épithéliales ovales, de l'aspect et de la grosseur de gouttelettes graisseuses. Ce ne peut être qu'un *kyste dermoïde*, dont les connexions avec la muqueuse et la peau ne sont pas manifestes. L'*opération* eût dû être pratiquée par la voie sus-hyoïdienne. L'auteur cite une observation de kyste dermoïde sublingual enlevé de cette façon par Schuh. (*Pathologie und Therapie Wien*, 1854, p. 108.)

OBS. XXIII. — Th. Anger : (in *Bull. Soc. Chirurgie*, juin 1881, p. 479). — Jeune fille, âge pas indiqué, portait *depuis deux ans* dans la bouche et sur la partie latérale de la région sus-hyoïdienne une poche flasque, s'étendant fort loin en arrière. Pas d'adhérence à la muqueuse, qui formait des plis au-dessus d'elle.

Opération faite à la suite d'un traitement par le chlorure de zinc et la potasse caustique. A cause du prolongement postérieur et des adhérences du kyste, *excision* partielle, ligature des bords de l'incision. *Fistule qui ne s'est pas fermée depuis.*

OBS. XXIV. — Nicaise : *kyste canaliculé* (in *Bull. Soc. Chirurgie*, juin 1881, p. 498). Petite fille de deux ans, kyste situé à la face inférieure de la pointe de la langue, à gauche de la ligne médiane. *Volume d'une noisette.* Contenu jaunâtre, facile à distinguer à travers sa muqueuse étalée. Cette tumeur pouvait être portée en dehors de la bouche par propulsion de la langue en avant.

Opération : Incision sur la face inférieure de la langue, permet dissection du kyste. Il se continuait au niveau du raphé avec un cordon très dur, rigide, allant s'insérer en suivant *la ligne médiane aux ap. gén.* de 3 millimètres de diamètre. Cordon creusé d'un étroit canal dont la paroi avait l'aspect d'une surface cutanée. Contenu du kyste : matière grasse, homogène. Guérison.

Conclusions. a) Ce kyste était developpé à la face *inférieure de la langue et non sur le plancher de la bouche.* b) Existence d'un canalicule qui paraissait être la partie secrétante, le kyste n'étant que le réservoir de la partie secrétée.

OBS. XXV. — Duplay : (in *Bull. Soc. Chirurgie*, juin 1881, p. 479). Cite un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche diagnostiqué puis opéré par lui. Extirpation.

OBS. XXVI. — Combalat : Mémoire sur une observation de kyste dermoïde du plancher de la bouche (in *Bull. Soc. Chirurgie*, juin 1881, p. 505). — Homme, 35 ans. Tumeur datant de la naissance, occupant *tout* le plancher buccal, faisant saillie à la région sus-hyoïdienne. Saillie de la concavité du plancher buccal. Muqueuse sèche, parcheminée. *Fluctuation* se transmettant de la bouche à la région sus-hyoïdienne. *Pas d'empreinte digitale à la pression.* Ponction exploratrice amène issue de matière sébacée, mêlée à un liquide opaque.

Opération : Extirpation. Incision de la muqueuse parabolique. Tumeur vidée. Elle avait le volume d'une mandarine. Dissection très facile, sauf au niveau des *apophyses gén. auxquelles elle adhérait* par un fort pédicule. Enlèvement complet de la poche. Guérison en quinze jours sans suppuration.

OBS. XXVII. — Hofmohl : (in *Wiener Medizinische Presse*, 12 juin 1881, p. 762). — Femme de 28 ans. Tumeur constatée six mois auparavant, faisant saillie dans le plancher de la bouche et sous le menton, gêne la déglutition et la phonation. Dans la région sus-hyoïdienne, saillie de la grosseur *d'un œuf de poule*, sur la ligne médiane, diminuant à la déglutition, donc sous-musculaire, peau saine. Dans la bouche, muqueuse normale, très peu amincie, recouvre, des deux côtés du frein, une tumeur très élastique, qui fait une plus forte saillie à une pression extérieure, *élastique et fluctuante.* Un tel développement d'une tumeur dans cette région empêche de penser à un kyste dermoïde, Ce doit être une grenouillette.

Opération. — Incision à gauche du frein. L'ouverture du kyste amène l'issue, en grande quantité, d'une masse épaisse, visqueuse, d'une couleur blanc jaunâtre. Dissection facile, sauf au niveau de la mâchoire, où il y avait des adhérences intimes avec la muqueuse. On laissa suppurer cette partie. Cavité maintenue ouverte après lavage phéniqué. Fièvre le lendemain. Enflure sous le menton, due à la suppuration de la poche, où un drain fut maintenu pendant deux jours. Guérison complète en quinze jours. Il ne resta plus aucune saillie extérieure, et la cavité dans la bouche était entièrement bouchée. L'*enveloppe du kyste dermoïde* se composait d'un tissu fibreux résistant, doublé à sa paroi interne d'un réseau de Malpighi. Le contenu était constitué par des cellules épithéliales modifiées.

OBS. XXVIII. — Gosselin : (in *Ozenne. — Des kystes dermoïdes sublinguaux*, 1881). — Femme de 21 ans. Tumeur *datant de la naissance*, accrue progressivement depuis l'âge de quinze ans. Siège sur la ligne médiane. Refoule la langue en arrière. Saillie, à la pression, dans la région sus-hyoïdienne. Muqueuse buccale pas épaissie. Coloration grisâtre au niveau de la tumeur lisse, molasse, *faussement fluctuante.* Gêne dans la phonation seulement.

Opération. — Incision curviligne. Dissection facile de la muqueuse, qui *adhère à peine* à la face antérieure du kyste. Adhérences solides en arrière au niveau du frein, en avant, près de l'insertion des génio-glosse, sans contracter cependant aucune union avec la face postérieure du maxillaire. Extirpation de la poche. *Guérison* en vingt-cinq jours après *suppuration.*

OBS. XXIX. — Desprès et Meunier : (in *Ozenne* et *Bull. Soc. Anat.*, février 1881). — Homme âgé de 52 ans. Portait *probablement* depuis la naissance une tumeur du volume d'une *grosse mandarine. Siège* sur ligne médiane, immédiatement en arrière du maxillaire inférieur, *au-dessus du mylo-hyoïdien, entre les génio-glosse*, qui font une double sangle sur les côtés de la tumeur. La muqueuse n'y adhère que par un tissu cellulaire lâche. Pas de consistance pâteuse, *pas d'empreinte à la pression du doigt.* Seule altération de la voix.

Opération. — Incision longitudinale de la muqueuse et léger débridement à gauche. Issue d'une matière sébacée. *Très facile énucléation du kyste. Guérison* complète en dix-huit jours.

OBS. XXX. — Dardignac : (in *Mém. Soc. Chirurgie*, octobre 1883, p. 711, rapport par Chauvel). Sexe : omis. Origine congénitale. Accroissement rapide vers la vingtième année. Siège médian. Consistance mollasse. Indolence absolue. Volume (*pas indiqué*) assez considérable pour *amener gêne de déglutition, adhérences* intimes avec le périoste du maxillaire inférieur *au niveau des apophyses geni*, connexions plus lâches avec la muqueuse buccale et les muscles géniens.

Opération. — D'abord ponction pour établir le diagnostic, puis extirpation et section du pédicule. Quelques jours après, quand les phénomènes inflammatoires ont cessé, ablation par le grattage des derniers restes de la paroi kystique. Guérison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

M. LETULLE a fait une série de recherches histologiques sur le *myocarde de sujets ayant une oblitération d'une ou des deux artères coronaires.* Dans plusieurs cas il a constaté que l'altération portait surtout sur les cellules musculaires qui subissent la dégénérescence granulo-pigmentaire, mais non granulo-graisseuse, cette dernière altération étant en effet fort rare dans le muscle cardiaque. Comme conséquence, il y a atrophie myocardique ordinairement sous forme d'îlots et même

d'assez larges surfaces où on ne trouve plus que la gangue conjonctive du muscle sans trace de faisceaux musculaires. C'est consécutivement à ces altérations qu'il peut se produire assez facilement une ectasie des parois du cœur ou même une rupture, surtout si en plus il y a dilatation des capillaires atteints d'athérome.

M. Barié présente un malade qui depuis sept mois a vu survenir sur diverses parties du corps une trentaine de petites *tumeurs sous-cutanées* du volume d'une bille à celui d'une orange. Ces tumeurs se sont successivement ramollies puis abcédées, laissant sortir du pus et restant pustuleuses pendant assez longtemps. Le diagnostic fut d'abord hésitant entre la syphilis, le farcin chronique, le mycosis fongoïde. Puis, ayant ausculté le malade qui avait craché le sang, on découvrit des signes de tuberculose pulmonaire. M. Barié bien que n'ayant pas trouvé de bacilles dans le pus, pense qu'il s'agit de gommes tuberculeuses.

M. Gaucher a récemment vu, dans le service du professeur Grancher, un enfant ayant des lésions analogues; il a été rapidement guéri par l'emploi de la glycérine boriquée. Il considéra ces tumeurs comme étant de nature tuberculeuse.

M. Renaut lit l'observation d'un ancien *arthritique* qui avait des poussées de *rhumatisme* assez fréquentes et qui, à chaque attaque, perdait ses cheveux et ses ongles qui d'ailleurs repoussaient aussitôt.

M. Hallopeau fait une longue et intéressante communication sur le *traitement général de la syphilis*, sujet toujours à l'ordre du jour de la Société. M. Hallopeau part de la notion pathogénique de la syphilis qui la considère comme résultant de la pénétration et de la multiplication dans l'organisme d'un microbe spécial qui y produit des réactions spéciales constituant la maladie. Il y a donc lieu à la fois de chercher à détruire le microbe tout en aidant l'organisme à soutenir la lutte et à s'en débarrasser.

La syphilis ne pourrait guère être considérée comme étant une maladie générale : au début elle est localisée, l'envahissement se fait de proche en proche, puis l'infection est totale, le sang lui-même est inoculable. Mais cette période dure peu et bientôt la maladie se manifeste par des symptômes localisés, les agents infectieux semblent même ensuite se cantonner en un ou plusieurs points et rester latents pour partir de là ultérieurement et manifester de nouveau leur action nocive souvent bien des années plus tard. Le traitement de la syphilis doit donc être autant local que général. Le premier traitement, celui de l'excision du chancre, peut et doit être tenté quand cela est faisable. Il est possible d'enrayer ainsi la maladie ou au moins de la rendre moins grave. La plaie opératoire guérit d'ailleurs très vite ainsi qu'a pu l'observer M. Humbert. Comme traitement local M. Hallopeau s'est servi de sublimé en poudre. Les règles de l'administration du mercure et de l'iode sont celles que M. Fournier a posées ; mais M. Hallopeau fait prendre au malade de l'iodure pendant les périodes où il ne prend pas de mercure et quel que soit l'âge de la maladie. Quant au mode d'administration, s'il est vrai que le mercure donne souvent des troubles stomacaux et intestinaux, c'est pourtant la voie gastrique qu'il faudra préférer pendant une grande partie de la durée du traitement, à moins d'indications d'urgence, auquel cas on pourrait employer les injections sous-cutanées de calomel par exemple, mais d'une façon exceptionnelle : elles ont trop d'inconvénients. Les frictions mercurielles faites dans la continuité des membres et non dans les aines et les aisselles — où l'absorption est beaucoup trop rapide — constituent un excellent moyen pour frapper fort et vite. Il faut commencer le traitement dès que le diagnostic est posé et débuter par les frictions : on évite ainsi de fatiguer le tube digestif; plus tard on pourra y associer le proto-iodure en pilules. De plus il faut faire un traitement local mercuriel : calomel ou mieux sublimé au début et à la période secondaire l'emplâtre de Vigo et le nitrate acide de mercure suivant les cas. Plus tard même à la période tertiaire, on se trouvera bien de l'emploi du sirop de Gibert associé à l'iodure, c'est un médicament tout puissant en l'espèce. Lorsque la maladie se manifeste chroniquement par des poussées sur le système nerveux par exemple, il faut que pendant bien longtemps le malade prenne une dose quotidienne de 1 à 2 grammes d'iodure. Il faut également remonter l'état général et, c'est de cette façon que peuvent agir les eaux de Néris, d'Aix et des Pyrénées. Enfin au point de vue de la prophylaxie il n'est pas invraisemblable — en se basant sur des expériences récentes faites sur le singe par Klebs qui obtint sur cet animal une syphilis abortive — de penser qu'on doit chercher à atténuer le virus syphilitique, par exemple par la syphilisation du singe, de façon à en faire un vaccin.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juin 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Verneuil fait une communication sur le *spasme et la contracture de la portion membraneuse de l'urèthre*, au point de vue de leur influence sur l'établissement d'une *fistule urinaire à la suite de la taille*. Avant la communication de M. Faucon, il avait déjà noté des faits analogues à ceux cités par cet auteur et se proposait de les publier sous ce titre : D'une cause peu connue des fistules à la suite de la taille périnéale. Voici d'abord sa première observation : Calcul vésical chez un homme porteur d'un rétrécissement de l'urèthre guéri. Urines peu troubles, périnée mince. Taille médiane proposée, mais au moment d'introduire pendant l'anesthésie une bougie dans l'urèthre, impossibilité absolue d'entrer, alors que la veille une bougie n° 15 passait très bien. On dut renoncer à l'opération pour ce jour là. On attendit, après le réveil et l'administration de KBr, que l'urèthre permit l'entrée d'une bougie n° 16 et on opéra sans retirer cette bougie, de peur de ne pas pouvoir entrer dans la vessie si on enlevait la bougie. La taille fut faite sur cette bougie. M. Verneuil demande si ses collègues ont quelquefois procédé ainsi ; la taille sur une bougie lui a paru facile. L'opération faite, il plaça une sonde dans l'ouverture périnéale. Hémorrhagie par la plaie d'origine palustre à deux reprises différentes, revenant à la même heure (fièvres d'Afrique). Sous l'influence du sulfate de quinine, l'hémorrhagie cessa. Suppression de la sonde. La plaie se rétrécit, mais il ne passa pas d'urine à ce moment par l'urèthre. Le cathétérisme fut encore une fois impossible, mais le cathétérisme rétrograde se fit avec facilité. Fistule persistante; enfin, après des mois, guérison. Deuxième observation: Tuberculose du rein, cystalgie, taille prérectale pour ouvrir la vessie, curer et cautériser la prostate. Impossibilité de passer par le cathétérisme dans la région membraneuse. A l'autopsie, prostate presque guérie (bonne influence de l'intervention opératoire, quoique la mort soit survenue assez rapidement par l'évolution de la tuberculose rénale).

M. Després a fait en 1878 une taille prérectale sur une sonde n° 7. Les spasmes et contractures de l'urèthre ne sont pas très rares ; ce qui prouve que le spasme siège à la région membraneuse et non au col de la vessie, comme quelques auteurs l'ont dit, c'est que le cathétérisme rétrograde est toujours possible.

M. Kirmisson. Dans le cas de Faucon il est probable que le spasme siégeait dans la portion membraneuse et non au col, si l'on en croit l'observation plutôt que l'explication de l'auteur.

M. Monod a fait une *greffe spéciale du tendon du fléchisseur du pouce* coupé avec écartement de 5 millimètres. Il a intercalé, par suite d'une faute opératoire, un fragment de tendon de lapin trempé dans de l'eau antiseptique bouillante (c'est-à-dire un tendon dont les matières albuminoïdes avaient été coagulées par la chaleur) et sa greffe a réussi. Il compare le rôle de ce tendon cuit à celui du catgut. Il n'a donc pas fait une vraie greffe tendineuse.

M. Lefort. — Il ne faut pas oublier que, même avec un écartement aussi grand, on a vu des résultats très bons sans greffe. Cela tient à ce que, dans ces cas, il y a soudure des deux bouts du tendon coupé à la gaine de ce tendon.

M. Lannelongue. — Quand on place un cube d'os mort et aseptique dans un trou fait dans l'os de la jambe d'un lapin vivant, il y a guérison sans suppuration. A l'autopsie, quelque temps après, on ne trouve aucune trace du cube osseux mort. Sa substance a disparu et été digéré par les vaisseaux de l'os vivant ; un nouvel os s'est formé de toutes pièces à sa place.

AVIS A NOS ABONNÉS
ET
A NOS LECTEURS

Les **Revues scientifiques** *publiées par* Paul Bert *pendant les années* 1879, 1880, 1881, 1882-1883, 1884, 1885, *formant sept beaux volumes in-8° ornés de plus de 200 figures, sont en vente dans nos bureaux, au prix de* SEPT FRANCS CINQUANTE LES SEPT VOLUMES *au lieu de* 42 FRANCS. *Par le chemin de fer, franco :* 10 FRANCS *les sept volumes. Comme il n'y a qu'un petit nombre de collections, nous engageons nos lecteurs à faire leur demande le plus vivement possible.*

PUBLICATIONS
DU
Progrès Médical

BOURNEVILLE, COURBARIEN et SEGLAS. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1885, tome VI, volume in-8 de LXII-63 pages, avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50 c

BRICON (P.). **Du traitement de l'épilepsie** (Hydrothérapie. — Arsénicaux. — Magnétisme minéral. — Sels de pilocarpine). Vol. in-8° de 262 p. avec 15 fig. dans le texte. Paris, 1882. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . 3 fr. 50

CHARCOT (J.-M.) et MARIE (P.). — **Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique, suivis d'autopsie.** Brochure in-8 de 54 pages avec deux planches hors texte. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins,** faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par BOURNEVILLE, SEVESTRE et BRISSAUD. Deuxième édition augmentée des LEÇONS SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE L'ALBUMINURIE. Volume in-8 de 442 pages, orné de 37 figures et de 7 planches chromolithographiques. — Prix: 2 fr.—Pour nos abonnés . . . . . 8 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisation dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière,** recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : 11 fr. — Pour nos abonnés, 8 fr.

DRANSART (H.-N). **Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux.** Brochure in-8 de 32 pages avec 1 figure. — Prix : 70 cent.— Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

PHILBERT (E.). **De la cure de l'obésité** aux eaux de Brides-les-Bains (Savoie). Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

POIRIER (P.). **Contribution à l'anatomie du genou. — Tubercules sus-condyliens et fosses sus-condyliennes du fémur.—Insertions supérieures des jumeaux. — Ligament postérieur de l'articulation du genoux** Brochure in-8 de 23 pages, avec 5 figures. Prix. 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

M. VERNEUIL — Il faut distinguer : 1° Les greffes portant sur animaux de même espèce; 2° Les greffes portant sur des espèces différentes. Toutes les hétéroplasties finissent par disparaître pour lui.

M. QUENU a greffé de la peau d'un nouveau-né venant de succomber, peau qui fut désinfectée à l'acide borique, sur la tête d'un enfant littéralement scalpé. Une moitié de la greffe a pris pendant quinze jours. Après, cette peau de greffe s'est exfoliée peu à peu et a disparu par une sorte d'absorption ; mais la guérison a été hâtée.

M. LEFORT rappelle son cas de greffe de la peau des paupières, communiqué en 1869 à l'Académie de médecine.

M. MONOD rappelle les conclusions des travaux d'Assaky et Fargn, qui montrent que les idées émises ci-dessus ne paraissent pas toujours conformes avec les résultats expérimentaux obtenus par ces auteurs.

M. LARGER fait une communication sur la *pathogénie de certaines tumeurs de la queue du sourcil*. Il pense qu'il y a certaines tumeurs de cette région, qui, en clinique, ont tous les caractères d'un kyste dermoïde, et qui cependant ont tous les caractères histologiques d'autres tumeurs. Première observation : Tumeur de la queue du sourcil ayant l'aspect d'un kyste congénital dermoïde ; adhérence faible à l'os, pas trace de cicatrice à ce niveau. Cependant, à la naissance, il n'y avait pas de tumeur en cet endroit. A trois mois, contusion en ce point. M. Duval a examiné ce kyste opéré. C'est un kyste sébacé, provenant de l'oblitération du canal d'une glande sébacée à la suite du traumatisme. M. Larger insiste sur la fréquence des contusions dans cette région et sur le rebord tranchant de l'orbite ; ceci doit faire penser que les kystes de cette espèce doivent être assez fréquents. Les kystes huileux de l'orbite pourraient bien n'être que la dégénérescence huileuse d'un kyste sébacé ; de même pour les kystes calcaires. Ce kyste était situé sous l'orbiculaire : 2e observation analogue. Le prétendu kyste dermoïde était formé par du tissu conjonctif venant du périoste. — Il conclut de ceci : l'origine traumatique de quelques kystes (dits dermoïdes en clinique) de la queue du sourcil est prouvée. Il part de là pour critiquer la théorie de l'inclusion de ces kystes dermoïdes et veut absolument qu'on distingue les *fistules branchiales* des kystes dermoïdes. Pour lui, ce sont là deux choses différentes ; il n'y pas tous les intermédiaires entre ces deux formations. Il affirme, d'après M. Duval, qu'il n'y a *pas de fente embryonnaire à l'angle externe de l'œil* et que par conséquent l'existence des kystes dermoïdes à cet angle externe n'est pas explicable par la théorie de l'inclusion de Verneuil.

M. DESPRÉS. — Il y a un bon moyen de distinguer cliniquement les kystes dermoïdes des kystes sébacés : dans les premiers la peau est adhérente à la tumeur; ce qui est le contraire pour les seconds, sauf ceux de l'aisselle. M. Després cite un cas de kyste dermoïde siégeant derrière l'oreille.

M. RECLUS vient aussi d'en voir un.

M. SCHWARTZ a observé un kyste dermoïde sus-sternal congénital communiquant avec l'extérieur par une fistule branchiale. Il ne l'a pas opéré à cause des rapports du kyste avec les organes du médiastin.

M. LEFORT. — On ne peut confondre même cliniquement les kystes sébacés et dermoïdes.

M. VERNEUIL admet bien qu'il y ait des kystes non dermoïdes de la queue du sourcil, mais il ne peut admettre les idées de M. Larger sur les kystes dermoïdes.

M. LANNELONGUE. — Il n'est pas absolument démontré que le kyste de M. Larger ne soit pas dermoïde, malgré l'examen histologique qui a pu être incomplet. On sait qu'il est parfois difficile de retrouver dans ces kystes les éléments permettant de les reconnaître. D'autre part, la situation sous-musculaire ne plaide pas en faveur d'un kyste sébacé. Les kystes dermoïdes de la face peuvent siéger là où il n'y a pas de fente, exemple le bout du nez. Il y a tous les intermédiaires entre les kystes dermoïdes et les fistules branchiales.

M. QUENU fait remarquer que l'opinion de M. Duval sur l'absence de fente embryonnaire à l'angle externe de l'œil *est absolument inédite*.

M. NÉLATON lit un mémoire sur une *variété d'adénite*.

M. TERRILLON montre un opéré de *kyste du corps thyroïde*.

M. SCHWARTZ a opéré de même par énucléation un malade porteur d'une semblable tumeur. L'énucléation est très difficile si, par malheur, des médecins ont fait déjà des injections iodées dans ces sortes de kystes. Marcel BAUDOUIN.

REVUE DE MÉDECINE

I. La patogenesi del colera (Del Dottore GIUSEPPE PAOLETTI). — Roma, chez Voghera Carlo, 1885.

II. Sul colera. Frammenti di anatomia patologica; del professore CALCEDONIO TROPEA. — Napoli, tipografia di Raffaele, Avallone, 1885.

III. Estudio sobre el colera morbo asiatico; por el Dr. AUGUSTIN W. REYES. Sagua la Grande. — Imprenta el Atalaya, 1885.

IV. Apuntes de la Epidemia de Aranjuez en 1885; por el Doctor D. JUAN CISNEROS Y SEVILLANO. — Madrid, Escuela tipografica del Hospicio, 1886.

V. Estadisticas de la inoculacion preventiva del cólera-morbo asiatico; COLERIZACION FERRAN, 1a Serie.— Valencia, Imprenta y libreria de Ramon Ortega, 1885.

VI. La inoculacion anti colérica; por el Dr. NARCISO VAZQUEZ Y GARCIA. Sévilla, Angel Resuche, 1885.

VII. La Verdad de la inoculacion anticolérica del Dr Ferran, en relacion con la epidemia colerica en Valencia; por el Dr. D. LÉOPOLDO MURGA. — Sévilla, Imp. y Lit. de José Na Ariza, 1885.

VIII. Valor de las inoculaciones anticolèricas del Dr. Ferran: por el Dr. D. JOAQUIN HOMS PARELLADA. — Barcelona, tip. de José Miret, 1885.

IX. Sulla Vaccinazione anticolerica del Dr Ferran; relazione del Dr GAETANO RUMMO.—Napoli, Typo. dell'academia reale delle Sciences, 1885.

X. Notes et observations sur l'épidémie cholérique à Toulon en 1884; par le docteur F. GENDRON. — Paris, Alexandre Coccoz, 1885.

XI Etude clinique sur le choléra au Pharo pendant l'épidémie de 1885; par le docteur MAURICE COSTE. — Paris, librairie J.-B. Baillière, 1886.

XII. Recherches sur le choléra; par W. NICATI et M. RIETSCH. — Paris, Alcan, 1886.

XIII. Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en novembre et décembre 1884; par P. DUFLOCQ. — Thèse de Paris, 1886.

XIV. Histoire du choléra aux Indes Orientales avant 1817; par J. SEMMELINK, avec carte. — Utrecht, chez Breijer et Paris, chez G. Carré, 1885.

XV. Valencia, Galicia. Estudio practico acerca del tratamiento mas eficaz del colera morbo asiatico; por Don José RODRIGUEZ MARTINEZ. — Coruna, 1885.

XVI. Traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique; par le Dr DUBOUÉ (de Pau). — Paris, chez Masson, 1885.

I. Dans cette brochure, l'auteur expose successivement et fait avec détail l'analyse des principaux symptômes du choléra; il étudie la diarrhée, le vomissement, l'aphonie, les crampes, le pouls, le refroidissement, etc. L'interprétation pathogénique tirée, dit l'auteur, de l'observation exclusive des faits et qu'il donne du choléra est la suivante : le choléra est très analogue au tétanos, le choléra serait le *tétanos des muscles lisses*. L'auteur applique ensuite cette hypothèse à l'interprétation des divers symptômes dont il vient d'étudier la séméiologie. Enfin un court exposé de thérapeutique basée sur cette pathogénie termine cette brochure.

II. Le professeur Calcedonio Tropea cherchant à interpréter la nature du choléra, semble accorder une assez grande importance à l'action des ptomaïnes organiques sur le pouvoir dialysable, la fonction trophique des tissus qui dès lors s'altèrent et présentent les lésions que le microscope permet d'y reconnaître.

III. Etude générale du choléra dans laquelle il n'y a rien de neuf à signaler. Avant d'aborder l'étude de la prophylaxie et du traitement, l'auteur consacre un assez long chapitre à l'exposé de « la valeur économique de la vie humaine ; » il cherche à représenter les pertes en argent que causent la maladie et la mort et par suite l'économie qui

résulte d'une application rigoureuse des mesures prophylactiques contre le choléra.

IV. Récit général de l'épidémie de choléra observée à Aranjuez en 1885. L'auteur montre d'abord que les eaux alimentant la ville provenaient de sources résultant d'infiltrations à travers un sol très poreux et renfermant une assez grande quantité de matières organiques. C'est en somme un milieu tout prêt à recevoir l'infection. Les premiers cas furent d'ailleurs observés chez des habitants demeurant le long du Rio-Jarama et buvant son eau tandis qu'alors les riverains du Tage en amont de l'embouchure du Jarama restèrent indemnes. — Rien de spécial à noter dans l'évolution de la maladie. Mortalité 55 0/0 en moyenne. Comme traitement l'opium surtout parut donner de bons résultats.

V. Cette brochure traite de la méthode des inoculations préventives anticholériques de Ferran. C'est le premier fascicule de ses statistiques prises par lui ou ses amis, revêtues des nombreuses signatures de toutes les autorités constituées des localités où le maître vaccinateur opérait. Inutile, bien entendu, de discuter ces chiffres qui n'ont aucune valeur réelle, puisqu'en admettant même que le chiffre des vaccinés soit exactement indiqué, le chiffre des morts comme aussi celui même de la population de chaque ville est certainement inexact. On sait en effet que, surtout en cas d'épidémies aussi graves, il est impossible de savoir le chiffre des départs ou des passages et surtout celui des malades, même lorsqu'on n'a pas, comme en l'espèce, intérêt à cacher le plus grand nombre possible de *cas suspects* et de décès.

VI. M. Vazquez y Garcia répondant à un discours du Dr Rafael Tonon fait une petite apologie de Ferran, raconte sa vie, ses recherches, résume ses statistiques, rapproche ses travaux de ceux de Pasteur sur les vaccinations qu'il éprouve le besoin de résumer, mais néglige de citer les objections si nombreuses et si positives qui ont été faites par beaucoup d'observateurs à tous les résultats affirmés par Ferran.

VII. Le Dr Léopold Murga est aussi un admirateur de Ferran, son travail fait avec un vrai luxe de détails, l'histoire de Ferran et de son œuvre; de nombreuses recherches statistiques, courbes, etc., terminent cette brochure qui est en somme intéressante en ce qu'elle donne en détail l'état historique de la question Ferran, éliminant, bien entendu, toutes les objections discordantes des contradicteurs.

VIII. C'est précisément le contraire que fait le Dr Joaquin Homs Parellada. Lui est un adversaire déclaré de Ferran et dans ce travail, qui ne porte d'ailleurs que sur la partie purement scientifique de l'œuvre de Ferran, il accumule toutes les preuves données par certains médecins espagnols et par la plupart des observateurs étrangers, preuves qui démontrent d'abord que tout ce qu'a dit Ferran de la biologie du koma bacille est faux et, en second lieu, que sa vaccination est, au point de vue expérimental, absolument illusoire.

IX. Dans son rapport officiel, Rummo raconte ses voyages en Espagne, ses visites au laboratoire de Ferran, dépourvu de bien des ustensiles nécessaires aux recherches bactériologiques; ses observations sur les inoculations auxquelles il assista. Enfin il termine en exposant les résultats des recherches qu'il a entreprises au laboratoire du professeur Cornil avec le concours de Chantemesse sur trois vaccins différents fournis par Ferran. On se rappelle que cet examen a démontré que les vaccins de Ferran étaient des cultures modifiées fort impures de bacilles-virgule, ne renfermant même parfois que fort peu de virgules et quelquefois même pas du tout, mais contenant en revanche plusieurs espèces microbiennes diverses. Ses conclusions sont absolues; les vaccins de Ferran sont mal préparés, impurs, ils ne confèrent aucune espèce d'immunité, les statistiques sont sans valeur, mais si le *modus faciendi* est absolument défectueux, il ne s'en suit pas que l'idée de Ferran d'une vaccination anticholérique soit fausse, mais seules de longues et prudentes recherches pourront permettre d'arriver à sa réalisation pratique.

X. Pour l'auteur, le choléra n'est pas contagieux; attaché au service médical des équipages de la flotte il a pu observer l'épidémie de 1884. D'après lui « en temps d'épidémie, tout le monde a le choléra; il tue exclusivement les gens faibles, quelle que soit la cause de cette faiblesse et les imprudents. » D'où cette déduction qu'en temps d'épidémie il suffit de ne pas faire d'excès, de soigner immédiatement la moindre diarrhée par le laudanum à forte dose, tandis que, d'autre part, la propreté la plus grande doit régner dans les habitations et les rues.

XI. L'auteur, qui a été chargé du service des cholériques à l'hôpital du Pharo, à Marseille, pendant l'épidémie de 1885, fait une minutieuse description clinique de la maladie telle qu'il l'a observée chez les malades qu'il a soignés. La symptomatologie, les complications, l'influence du choléra sur les autres maladies et réciproquement sont étudiées avec détails. Quant au microbe, l'auteur n'y croit guère. « Je soutiens hautement, dit-il, que l'eau potable, c'est-à-dire sans mélange alcoolique quelconque, prise en quantité modérée, n'est *jamais* nuisible. » Il pense que la terre constitue un excellent filtre même pour les microbes; malheureusement on sait aujourd'hui qu'il n'en est rien. Pour lui le choléra est dû à l'action d'un poison qui agit primitivement sur le grand sympathique « en l'énervant, puis de là, à la longue, en le paralysant plus ou moins complètement. »

XII. Il n'est guère possible d'analyser ce livre qui expose avec détails toutes les recherches expérimentales entreprises par Nicati et Rietsch sur le choléra durant les épidémies de 1884 et 1885. D'ailleurs, ces auteurs ont déjà publié une série de mémoires et d'articles sur un grand nombre de points particuliers qu'ils ont étudiés avec le plus grand soin. Ce volume résume ces divers travaux, il donne le détail des recherches des auteurs, la technique qu'ils ont suivie, les résultats intéressants auxquels ils sont arrivés. Successivement MM. Nicati et Rietsch, pour qui le rôle pathogène du bacille-virgule ne fait pas de doute, étudient les caractères du bacille-virgule et des pseudo-bacilles : détails de culture, examens minutieux et répétés, rien ne manque à cette étude. Ils décrivent ensuite la distribution du bacille-virgule dans l'intestin des cholériques; ils discutent, expériences à l'appui, la question controversée du passage du bacille-virgule et d'autres bacilles dans les organes des cholériques, exposent aussi les expériences d'inoculation qu'ils ont pratiquées de façon très diverses, d'abord par le procédé resté célèbre et qu'ils ont découvert, de l'inoculation duodénale après ligature du cholédoque, puis par l'injection stomacale d'une solution alcaline renfermant quelques bacilles-virgules, etc. Les ptomaïnes cholériques sont également décrites et expérimentées avec le plus grand soin. Enfin les auteurs étudient le mode d'action du bacille-virgule sur l'organisme, puis sa vitalité dans les circonstances les plus diverses : dans les selles, la terre, l'eau, etc., et tirent de nombreuses expériences faites sur ce point des déductions applicables à la prophylaxie du choléra. Livre en somme fort intéressant, plein de faits bien observés et renfermant un grand nombre de renseignements techniques.

XIII. Dans ce travail, fort soigneusement fait, Dufloc expose en détail les résultats que lui a fournis l'analyse clinique détaillée de 215 cas de choléra qu'il a observés à l'hôpital St-Antoine durant l'épidémie de 84. Nous ne pouvons faire une analyse de cette minutieuse statistique dont chaque point est décrit avec détails; nous mentionnerons pourtant le chapitre des éruptions que Duflocq décrit avec soin d'après les cas qu'il a observés. Ces pages sont intéressantes, étant donné surtout le peu d'indications que l'on trouve à ce sujet dans les auteurs. Le chapitre consacré à la description des cas que l'auteur appelle chroniques (d'une durée de 10 à 18 jours) est intéressant et neuf. Dans cette forme de choléra, les malades sont dans un état de pros-

tration et d'apathie tout particuliers. Fort souvent ils ont des éruptions d'aspect très variable. Enfin, la méthode d'injection intra-veineuse d'eau salée (chlorure de sodium et sulfate de soude) employée par le professeur Hayem est décrite sous toutes ses faces, analysée à tous les points de vue. De nombreux tableaux terminent ce long et soigneux travail de statistique clinique et thérapeutique.

XIV. L'auteur, ancien médecin principal de l'armée des Indes orientales néerlandaises, s'est proposé de rechercher si dans les auteurs de l'antiquité aussi bien que dans les vieux auteurs hindous ou les auteurs européens des siècles derniers, il existait des récits permettant d'affirmer catégoriquement l'existence du choléra aux Indes avant 1817. — Ce travail n'est que le résumé d'un ouvrage hollandais beaucoup plus considérable du même auteur. Or, l'analyse minutieuse qu'a faite l'auteur d'un grand nombre de ces vieux documents lui permet d'affirmer que « nous ne possédons aucune preuve de l'existence du choléra asiatique dans les Indes orientales néerlandaises avant 1819. » Il n'aurait pas existé non plus sur les vaisseaux de la Compagnie des Indes avant 1816. Ce que l'on a pris pour des cas de choléra dans les descriptions des vieux auteurs, se rapporte bien probablement au choléra nostras, à des accès pernicieux, à des formes spéciales de dysentérie chez des gens misérables, malpropres, mal nourris. D'ailleurs l'auteur émet, avec réserves toutefois, l'idée que le choléra nostras n'est peut être pas si différent du choléra asiatique qu'on l'affirme d'ordinaire, celui-ci ne serait peut être qu'une forme exagérée du premier, s'étant constituée du fait de circonstances multiples non encore déterminées. En effet, le choléra nostras peut parfois revêtir la forme épidémique la plus grave, bien qu'étant presque toujours sporadique, tandis que le choléra asiatique est presque toujours épidémique et transmissible.

XV. Rien de bien neuf dans cette brochure. L'auteur se propose de donner un aperçu général et pratique des moyens prophylactiques, préservatifs et curatifs du choléra. Toutes les précautions hygiéniques, à appliquer aux aliments, légumes, eau, boissons, fosses d'aisances, etc., sont étudiées avec assez de détails. Quant à la prophylaxie individuelle, l'auteur prône la vaccination de Ferran et tous les moyens bien connus. Dans ce traitement nous relevons l'emploi classique du laudanum contre la diarrhée prémonitoire. Les injections de citrate de fer à 10 0/0 dans les cas graves, le chlorhydrate de narcéine, des tubes dosimétriques de bromhydrate de quinine, d'arséniate de strychnine, de phosphure de zinc, de picrotoxine, etc., c'est une polypharmacie complète que l'auteur résumé en une série de formules numérotées qui terminent sa brochure. — Nous n'insisterons pas, c'est le mieux à en dire.

XVI. M. Duboué est un esprit original ; ce qu'il publie n'est jamais banal. Cette fois encore, la thérapeutique du choléra qu'il *propose*, d'ailleurs seulement, est au moins nouvelle. Ayant remarqué que les ouvriers tanneurs étaient indemnes du choléra, il recommande comme moyen prophylactique l'emploi du tannin intus et extra : tan répandu dans les appartements, et à l'intérieur : 0,60 centigr. de tannin par jour pour un homme et 0 gr. 40 pour une femme. Contre la diarrhée prémonitoire, le tannin encore associé au besoin à l'opium ; mais le traitement le plus curieux est celui que propose l'auteur pour la période algide. Voulant remédier à l'énorme déperdition d'eau qu'éprouve l'organisme, sans toutefois injecter ce liquide plus ou moins chargé de sulfate de soude directement dans le sang, M. Duboué a pensé qu'on pourrait le faire absorber par le poumon. Il rappelle à ce sujet les expériences physiologiques dans lesquelles on peut, en effet, injecter dans la trachée de divers animaux des quantités considérables d'eau qui est absorbée presque immédiatement. Pour remplir cette indication, il a imaginé et fait construire par Collin une série d'instruments permettant de faire à la trachée un petit orifice, d'y introduire une canule de quatre millimètres de diamètre et d'injecter par là une quantité d'eau plus ou moins considérable, jusqu'à ce que l'algidité disparaisse. Enfin, à la période de réaction, l'auteur conseille les saignées, le sulfate de quinine, l'eau froide, la créosote et l'acide phénique. En somme, toute cette thérapeutique est purement théorique et manque totalement de toute sanction pratique. Il faudrait la voir à l'œuvre pour pouvoir la juger, elle est néanmoins curieuse à signaler.

L. Capitan.

CORRESPONDANCE

Hospitalisation des vénériennes.

Dinan, 7 juin 1887.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans son numéro du 21 mai, dont nous avons eu tardivement connaissance, le *Progrès médical* a publié une lettre non signée qui contient, contre l'hôpital de Dinan, des allégations aussi fausses que malveillantes.

Votre correspondant anonyme raconte qu'il a vu « une toute jeune fille atteinte de syphilis, enfermée sous clef dans un cabinet étroit placé à l'extrémité de la salle des femmes, où elle était sévèrement confinée, sans communication avec personne, passant son temps à pleurer. » Ce qu'il ne dit pas, peut-être parce qu'il l'ignore c'est que cette jeune fille, victime intéressante d'une tentative qui expliquait suffisamment ses larmes, avait demandé comme une grâce qu'on lui épargnât *le contact et la société des vénériennes ordinaires*, et que le cabinet dont on parle, contigu à l'infirmerie des femmes, lui avait été affecté par faveur, afin qu'elle pût être seule, suivant son désir, et *recevoir librement* des visites de sa mère.

Il affirme encore avoir vu une autre fille « logée tout en haut de l'hôpital, sous le toit, dans un réduit malpropre, tapissé de toiles d'araignée » et « sous clef comme la précédente. » Or, la salle des vénériennes, établie au deuxième étage sur le même plan que celle des vieillards, est plafonnée, aérée convenablement en été, chauffée en hiver et d'une irréprochable propreté. La porte en est fermée, afin d'éviter des désordres que chacun devine ; mais une gardienne est spécialement chargée de ce service et elle doit se tenir à proximité, en cas d'accident ou de besoins imprévus.

Enfin, monsieur le Rédacteur en chef, votre correspondant prétend avoir été « témoin » d'un autre fait qui, s'il était vrai, trahirait de la part des médecins et des religieuses, une coupable incurie.

« Au rez-de-chaussée de ce même hôpital, écrit-il, il y a plusieurs lits consacrés aux nouveau-nés, qui sont emmaillotés et couchés deux par deux, sinon trois par trois sur chaque lit. Plusieurs d'entre eux étaient atteints de conjonctivite purulente. On leur passait successivement le même biberon, bien disposé pour la propagation des maladies contagieuses de la bouche ».

Il ne voulut pas voir, singulier scrupule de la part d'un visiteur si curieux, s'il y avait des enfants syphilitiques. Autant d'affirmations inexactes que de mots. La crèche est de temps immémorial, non pas au rez-de-chaussée, mais au premier étage, ce qui autorise à croire que votre correspondant n'y a jamais mis les pieds. Elle contient huit berceaux, bien qu'on n'y reçoive jamais plus de trois ou quatre enfants à la fois : chaque enfant a son biberon propre et le registre de salle du médecin est là pour constater que, depuis six ans, il n'y a eu qu'un seul cas de conjonctivite purulente.

Je vous prie, aimant mieux faire appel à votre loyauté qu'invoquer un droit de réponse, de vouloir bien insérer dans le plus prochain numéro du *Progrès médical* la présente rectification.

Agréez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments respectueux.

Un des administrateurs de l'hospice de Dinan,

Signé : Peigné.

Nous maintenons de la façon la plus formelle l'exactitude des renseignements qui nous ont été fournis par notre correspondant, sauf sur un ou deux points très secondaires qui n'ont, dans la question, aucun intérêt. 1° Le fait de la première fille sous clef est certain ; il paraît que c'était pour lui être agréable, et pour lui épargner le contact des vénériennes ordinaires ; mais pourquoi ne pas l'avoir mise avec les autres malades, comme cela aurait dû être, puisqu'il s'agissait « d'une victime intéressante » ? — 2° Quant à la seconde vénérienne, nous avons dit qu'elle était seule, sous clef, en un mot traitée, *non en malade, mais en prisonnière*. — 3° Sur le troisième fait relatiaux enfants, atteints d'une affection contagieuse des yeux, couchés trois dans un lit, deux dans un autre, usant d'un biberon délabré, nous maintenons aussi l'affirmation de notre correspondant ; nous la maintenons d'autant plus énergique,

ment, qu'un de nos amis, bien connu de M. Peigné, interrogé et pressé par nous, l'a pleinement confirmé.

Notre correspondant a vu les toiles d'araignées et l'état de malpropreté de la salle des vénériennes; M. Peigné affirme que ces toiles d'araignées ont été enlevées, que la salle est propre : nous en félicitons l'administration de l'hôpital de Dinan. Le fait contre lequel notre correspondant s'est élevé, c'était la mise sous clef des deux vénériennes, c'est la différence de traitement qui leur est infligée, alors que la présence de ces *deux* malheureuses dans la salle commune n'aurait pu avoir le moindre inconvénient. Les religieuses mettent les malades atteintes d'affections vénériennes, en quelque sorte à l'index, les cachant, les supprimant le plus possible, comme elles suppriment, au vu et au su de M. l'Administrateur, les journaux républicains destinés aux malades.

Nous remercions M. Peigné de sa lettre. Elle montre que la campagne que nous avons entreprise sera plus fructueuse que nous n'osions l'espérer, puisqu'elle attire l'attention des hommes qui s'occupent d'assistance. C'est du reste, dans ce but, que nous envoyons au maire, aux médecins de la ville dont nous critiquons l'organisation hospitalière, un exemplaire du *Progrès*. Beaucoup d'administrateurs ne font pas de réformes ou résistent aux réclamations justifiées des médecins parce qu'ils ne savent pas. En les éclairant, en stimulant leur zèle, nous les amènerons à mieux voir, partant à mieux faire, et à réaliser des réformes dont l'idée même n'était peut-être pas encore venue jusqu'à eux. B.

De la mammite chronique (maladie noueuse de la mamelle)

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dernièrement(1), étudiant les rapports cliniques qui lient certaines inflammations aux tumeurs du sein, je fus amené à étudier dans ma thèse les mammites chroniques. A cette maladie, j'ai cru devoir donner un nom déjà proposé par Cooper, avec une légère variante : Cooper l'avait désignée sous le nom de maladie nodulaire, j'ai proposé de l'appeler maladie noueuse de la mamelle. Là n'est pas la discussion. J'ai eu l'honneur d'être jugé par M. Reclus, qui voulut, dans son argumentation, faire table rase des mammites et englober toutes mes observations dans « sa maladie kystique ». Le sujet me paraît assez intéressant pour être plus sérieusement approfondi. Je ne voudrais pas cependant que cette réponse fût considérée comme un acte irrévérencieux à l'égard de M. Reclus. Je me suis efforcé de la rédiger avec tout le respect qu'un élève doit à un maître.

Il ne répugne nullement à l'esprit que la mamelle puisse s'enflammer chroniquement. De même que toutes les autres glandes, à l'instar du foie, du rein ou du testicule, la mamelle peut s'enflammer. Les abcès aigus mammaires sont classiques, les abcès sub-aigus sont bien connus (nous en rapportons quelques exemples dans notre thèse). Enfin, un degré de plus et l'inflammation chronique de la glande mammaire se trouve constituée. Je crois que tous les chirurgiens admettent, aussi bien M. Reclus que les autres, la possibilité d'une inflammation chronique de la mamelle, ce que l'on appelle la mammite chronique. Il s'agit de savoir si nos observations se rapportent à la mammite chronique ou si ces observations ne sont que de nouveaux exemples de la maladie de M. Reclus. Etablissons un fait que cet auteur niera moins que personne. La maladie kystique des mamelles est une tumeur. Brissaud lui a donné le nom d'épithélioma kystique intra-acineux. Dans l'article que M. A. Broca a consacré à cette maladie, il est dit textuellement : « Il est vrai que M. Reclus a vu toutes les malades dont il a publié l'observation; toutes sont en parfaite santé et jouissent d'une survie qui va de quatre à six ans ». La marche de cette maladie est essentiellement *progressive*; elle peut rester stationnaire, puis, à un moment donné, elle augmente brusquement; plus souvent, par une évolution lente et progressive, la tumeur atteint de grandes proportions. Jamais elle ne rétrograde; elle ne disparaît jamais spontanément. Les injections iodées se sont montrées insuffisantes, la compression a été vainement employée. Son traitement véritable consiste à l'amputation du sein. Il faut enlever la mamelle dans sa totalité; l'infraction à cette règle a entraîné des récidives qui ont nécessitées une nouvelle opération, comme cela a eu lieu chez la première malade de Reclus. On va même jusqu'à se demander s'il vaut mieux amputer les deux seins à la fois ou s'il faut laisser un intervalle entre les deux opérations. Ainsi, la maladie kystique est une tumeur dont les progrès sont lents, dont la durée peut être longue, mais qui doit être opérée, qui, opérée insuffisamment, récidive. Ce sont là les caractères d'une tumeur mixte; ce n'est pas la tumeur maligne proprement dite, mais elle s'en rapproche. Nous ne voulons pas invoquer son anatomie pathologique, qui la rapproche tant du cancer, nous nous contenterons d'avoir enregistré sa marche, et nous le demandons : Y a-t-il un chirurgien qui, mis au courant de cette marche, hésiterait à qualifier cette maladie de tumeur maligne ou tout au moins mixte?

Voyons à présent comment se comporte la mammite ou la maladie noueuse de la mamelle, comme nous l'appelons. Elle offre une marche éminemment *oscillante;* la maladie marche avec des alternatives de mieux et de pire, des oscillations dans le volume de la grosseur. Une femme présente une tumeur au sein. Cette tumeur peut offrir les caractères d'une tumeur maligne ou ceux d'une tumeur bénigne; elle peut aussi affecter tous les caractères d'une maladie kystique *au début*. Il suffit de quelques jours de repos, et, sous l'influence d'un traitement anodin, de quelque pommade, cette tumeur rétrograde, diminue de moitié, ou disparaît. Elle peut réapparaître, et les mêmes moyens peuvent amener sa disparition définitive. Depuis dix ans, une malade de M. Tillaux, qu'un autre chirurgien des hôpitaux voulut opérer d'une prétendue tumeur, est débarrassée de sa maladie sous l'influence de la compression.

Est-ce donc là la marche de la maladie kystique des mamelles? marche longue, silencieuse, bénigne tant qu'on voudra, mais néanmoins progressive, au point que la tumeur arrive à des proportions considérables (une tête d'enfant) et qu'on ne vient à bout qu'à l'aide du bistouri.

Nous l'avouons. Quand on lit certaines de nos observations, quand on lit les symptômes que nous en avons tirés, on se croirait en présence de la maladie kystique; mais qu'on aille un peu plus loin, qu'on lise la *marche* de la maladie et tous les doutes se dissipent, le diagnostic différentiel se trouvant ainsi établi.

On nous a dit qu'il ne fallait pas invoquer la compression. Que par ce moyen on a vu des cancers disparaître. Qu'il nous soit permis de nous appuyer sur l'autorité de nos maîtres pour répondre : que le cancer qui a disparu sous l'influence d'un pareil moyen, n'en était pas.

Dire que la maladie noueuse de la mamelle affecte des ressemblances avec la maladie kystique, c'est dire que la mammite chronique ressemble à une tumeur. A cela, rien de surprenant, puisque dans certaines circonstances, elle a revêtu les apparences d'un cancer, d'autres fois celles d'un adénome. C'est justement l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces faits.

N'est-ce donc rien de savoir qu'une maladie de la mamelle peut offrir les caractères d'un cancer (dans le sens clinique le plus large du mot) et que cette maladie est susceptible de guérir sans opération? C'est cette maladie, connue de tous les chirurgiens anciens et modernes, que j'ai voulu plus spécialement étudier dans ma thèse. Qu'on l'appelle à présent mammite, maladie nodulaire, cirrhose de la mamelle, maladie noueuse ou même maladie kystique, le mot m'importe peu, pourvu qu'il soit entendu que cette maladie est susceptible d'une terminaison heureuse sans opération, et qu'un cachet spécial lui est imprimé par sa marche oscillante, marche que nulle autre tumeur connue n'a présentée jusqu'à présent.

Dr PHOCAS.

(1) Février 1887. — Le défaut de place nous a empêché de publier cette lettre plus tôt.

BIBLIOGRAPHIE

China-Imperial maritime Customs. Medical Reports. Shanghai, 1886. — (*Chine, Douanes impériales maritimes. — Rapports médicaux*)

Ce fascicule comprend les rapports sanitaires des villes suivantes : Takow and Tawan-fu, Tamsui and Kelung, Amoy, Hoikow, Foochow, Ningpo et Shanghaï. Le Dr Myers relate

plusieurs observations intéressantes sur la filiaire du sang humain dans le sud de Formose ; le mémoire qu'il donne est le plus important du volume et mérite d'être consulté. L'état sanitaire de Tamsui et de Kelung est étudié par le Dr Reunie pendant le semestre qui finit le 30 septembre 1886. A Amoy, c'est le Dr Ringer qui nous donne de courts renseignements sur la salubrité de cette ville. Le Dr Jamieson, chargé de la collation de tous ces rapports, publie des détails plus circonstanciés sur l'état sanitaire des Européens résidant à Shanghaï. Il commence par quelques renseignements météorologiques : les chaleurs ont été excessives pendant l'été de 1886 ; en juin, le thermomètre a atteint 94° (Fahrenheit) c'est-à-dire 50° centigrades, en juillet il dépasse une fois 98°, soit 54° centigrades; en août il atteint 95°, c'est-à-dire 52° centigrades, sans compter les fractions de degré. Il est vrai que ces températures sont des *maxima* qui n'ont été constatés qu'exceptionnellement. Mais la moyenne de 40° centigrades qui a été relevée pendant plusieurs semaines indique une saison extrêmement pénible pour des Européens. Quant aux détails relatifs à la mortalité et à la morbidité, ils n'ont qu'une valeur très relative ; la population européenne de ces villes ouvertes au commerce de toutes les nations est trop faible pour fournir les éléments d'une statistique intéressante. Nous avons dépouillé nombre de ces rapports sanitaires de l'Administration des douanes chinoises et nous devons avouer qu'en dehors de quelques mémoires originaux, nous n'avons pas bien compris l'utilité de cette publication périodique officielle, autorisée et patronnée par l'Inspecteur général des douanes, M. Robert Hart.

VARIA

La Laïcisation de l'Assistance publique au Conseil municipal.

Samedi dernier, au Conseil municipal, notre ami M. Rousselle a posé à M. le Directeur de l'Assistance publique une question sur la *laïcisation des hôpitaux* lui demandant « de dire d'une manière nette, formelle, si oui ou non, il veut réaliser immédiatement la laïcisation. » Il était, en effet, nécessaire que le nouveau Conseil connût exactement l'avis de l'Administration et se prononçât lui-même, comme les Conseils précédents, sur cette importante question.

M. le Directeur a rappelé que ses opinions étaient bien connues, que si la laïcisation avait suivi, jusqu'ici, une marche, peut-être trop lente, les ressources, dont il disposait en personnel augmentant sans cesse, il croyait « pouvoir sans péril imprimer à la laïcisation un mouvement plus accéléré. »

« Je suis dans l'intention, a-t-il ajouté, de présenter à bref délai au Conseil de surveillance un projet de laïcisation des hôpitaux Beaujon et Lariboisière. Vous savez où nous en sommes. Il n'y a plus que cinq hôpitaux desservis par des sœurs de l'ordre des Augustines, au nombre de cent onze. La laïcisation des deux hôpitaux que je viens de nommer sera faite dans trois ou quatre mois. J'espère à la fin de l'année être en mesure de laïciser en même temps Saint-Louis et la Charité. »

M. A. Després a riposté par ses arguments habituels : la laïcisation est ruineuse pour l'Assistance publique qui, « *par le fait de la laïcisation*, s'est trouvée pour la première fois en *déficit d'une* DIZAINE *de millions* » ; — le service est moins bien fait depuis le renvoi des sœurs ; — la Chambre a refusé la suppression de l'aumônier de Charenton par 374 voix contre 174 ; — le groupe de l'autonomie communale du Conseil municipal est l'allié, le complice, du groupe de l'Extrême gauche de la Chambre ; — les hôpitaux rencontrent les plus grandes difficultés à recruter un bon personnel.

Comme on le voit, et ainsi que l'a fait remarquer M. Longuet, c'est toujours le même air, seulement M. Després le chante de plus en plus mal. Il va de soi que, suivant son habitude, il ne fournit rien de précis à l'appui de ses assertions et que ses assertions sont erronées.

Sur le premier point : la laïcisation a occasionné une dépense d'une *dizaine de millions*, M. Cochin, l'allié naturel de M. Després, a fait une première rectification dans les termes modérés que voici : « Vous *avez volé* ainsi (c'est-à-dire en laïcisant les hôpitaux) *plus de* QUATRE MILLIONS aux pauvres, » puis, de M. le Directeur de l'Assistance publique, une seconde rectification, d'après laquelle la dépense annuelle ne dépasserait pas 200.000 fr... Nous n'insisterons pas davantage sur ce point que nous examinerons dès que nous aurons réuni tous les documents.

En ce qui concerne le vote de la Chambre sur une question touchant à la laïcisation, M. Després en tire un argument contre le Conseil municipal. Les hommes qui ont laïcisé les Ecoles en arriveront nécessairement à laïciser les quelques établissements hospitaliers qui dépendent de l'Etat et plus tard les lycées et même les dépôts de mendicité et les prisons.

Quant à l'alliance du groupe de l'autonomie communale du Conseil municipal et du groupe de l'Extrême gauche, elle est toute naturelle et ne peut qu'être fructueuse ; mais ce n'est pas le lieu d'insister sur ce fait. Sur le dernier point, la prétendue difficulté qu'éprouverait l'Administration à recruter un bon personnel, M. Després affirme une contre-vérité : le nombre, la qualité, et le degré d'instruction des élèves qui fréquentent les Ecoles d'infirmières augmente d'année en année et l'Administration n'a que l'embarras du choix. Les examens d'avril ont mis ce fait hors de doute et les compositions des prix, qui viennent de commencer, le confirmeront amplement. M. Després aurait pu s'enquérir en visitant les Ecoles d'infirmières, mais il n'a eu garde de le faire, comme c'était son devoir. Peut-être a-t-il eu peur qu'on ne lui reprochât la *mort* de deux malheureuses femmes sans défense qu'il a si *courageusement* calomniées.

M. Bassinet a cité de nouveaux faits tirés de son expérience personnelle, soit comme malade soigné dans un hôpital, soit comme administrateur du Bureau de bienfaisance ; puis M. Rousselle, après une courte réponse à M. Després, a déposé, en son nom et au nom de plusieurs de ses collègues, l'ordre du jour suivant :

« Les soussignés, — Considérant que dans un état républicain, reposant sur une organisation exclusivement civile de la société, il est du devoir de l'État, des Département et des Communes de ne confier de fonctions et d'emplois, quelque modestes qu'ils soient, qu'à des membres de la Société civile ;

« Considérant que, se conformant à ce principe, les précédents conseils municipaux de Paris, depuis 1877, ont réclamé, à de très nombreuses reprises, la laïcisation de l'Assistance publique : hôpitaux, hospices, maisons de secours ;

« Considérant qu'à l'occasion des dernières élections municipales, les électeurs de Paris ont énergiquement maintenu sur leur programme la laïcisation de l'Assistance publique, complément indispensable de la laïcisation des écoles municipales et réclamé le prompt achèvement de cette réforme ;

« Considérant que les Ecoles d'infirmières de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié, fondées et entretenues par le Conseil municipal, sont en mesure de fournir à l'administration de l'Assistance publique un personnel instruit et expérimenté, en nombre largement suffisant pour terminer la laïcisation des hôpitaux, — proposent au Conseil municipal :

« 1° D'inviter le directeur de l'Assistance publique à laïciser l'hôpital Beaujon et l'hôpital Lariboisière pour le 1er août 1887 ; — l'hôpital Saint-Louis et la Charité pour le 1er octobre 1887 ; enfin l'Hôtel-Dieu pour le 1er janvier 1888 ;

« 2° D'inviter M. le Directeur de l'Assistance publique à soumettre d'urgence au Conseil municipal, pour chacun de ces cinq établissements hospitaliers, le devis des dépenses nécessaires, soit pour la transformation des communautés religieuses en logements à l'usage des surveillantes laïques, soit, ce qui serait préférable, pour loger le personnel laïque en dehors des hôpitaux.

« Signé : Rousselle, Hovelacque, Emile Richard, Leclerc, Delhomme, Deschamps, Strauss, Levraud, Boll, Robinet, Mayer. »

Cet ordre du jour a été voté par les 64 conseillers municipaux républicains, présenté et repoussé par les *sept* conseillers réactionnaires présents (1). Nous avons le ferme espoir que M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, s'empressera de répondre aux désirs du Conseil en lui réclamant dans quelques jours les crédits nécessaires pour la laïcisation de Beaujon et

(1) Aux Considérants invoqués il en est un autre qu'on pourrait faire valoir : la *nécessité d'avoir des surveillantes et des infirmières instruites et capables d'appliquer scrupuleusement toutes les prescriptions des médecins et des chirurgiens.* Les exigences de la science moderne ne peuvent plus s'accommoder de la routine et de l'ignorance des religieuses.

de Lariboisière, puis en juillet les crédits nécessaires à la laïcisation de la Charité et de St-Louis, de manière à être prêt aux dates fixées par le Conseil.

Opinion de M. Léon Lefort, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, sur les religieuses des hôpitaux.

« Les hôpitaux de Paris, dit-il, sont presque tous desservis par des religieuses appartenant à trois ordres principaux. Les sœurs Augustines de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de Saint-Louis ; aux sœurs Jansénistes de Saint Marthe sont confiés la Pitié, Beaujon et Saint-Antoine ; aux sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, Sainte-Eugénie, Enfants-Malades, Necker et les Enfants-Assistés. Le premier devoir de l'écrivain est de dire la vérité, et, quelque défaveur que doive nous attirer, de la part de beaucoup de nos lecteurs, ce que nous avons à dire du rôle des religieuses dans les hôpitaux de Paris, il nous est impossible de ne pas dire que ce rôle est loin d'être celui que leur attribuent des préjugés qui ne sont, du reste, que des souvenirs d'un temps fort éloigné. Ce rôle ne consiste pas, en effet, à donner directement des soins aux malades ; ce n'est pas la sœur qui fait les pansements, ce sont les externes ; et s'il y a lieu dans la journée de les renouveler, d'appliquer des cataplasmes, des sangsues, c'est alors l'infirmier ou l'infirmière qui se substituent à l'externe ; la cuillerée de potion qu'il faut donner d'heure en heure, c'est l'infirmier qui l'administre ; s'il faut changer un drap souillé, laver un malade, c'est encore l'infirmier qui intervient ; la religieuse est la surveillante générale ; elle fait la répartition des aliments que distribuent les infirmiers ; elle règle les rapports avec la lingerie, veille au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle. Leur rôle était tout autre si nous nous rapportons aux statuts de 1536, émanés de l'autorité ecclésiastique :

« Doresnavant, pour esviter les occasions de mal, se trouveront et n'y aura aucune personne seculières de quelque sexe ou condition qu'elles soient, au lavoir à aider à faire ou à laver la lexive du linge et aultres quelzconques mundations de choses, que soit mesmes à porter les charges des draps, linges, boys ou aultres choses, etc. »

« Aujourd'hui, on compte à l'Hôtel-Dieu *seulement* 134 *infirmiers et infirmières laïques* (1) ».

Technique dentaire. — Des Dents (2).

Pour faciliter à l'opérateur la compréhension des différentes expressions relatives aux dents, employées dans la description du manuel opératoire pour chacun de ces organes, nous donnons ci-après la nomenclature des dents, leurs différentes appellations, et les différents termes qualificatifs appliqués à leurs faces et bords.

Les dents, au nombre de trente-deux ordinairement dans la bouche humaine, se divisent en plusieurs catégories, suivant leurs formes et usage.

1° Les incisives ou cunéiformes (*ridentes* des latins, parce que ce sont surtout ces dents qui se présentent à la vue dans le rire); ainsi dénommées parce qu'elles servent à couper les aliments, et que d'un autre côté les deux faces de ces dents, en se prolongeant, terminent la couronne en biseau ou en coin. Ce terme de coins est même conservé pour dénommer certaines incisives chez le cheval.

Les incisives sont au nombre de quatre pour chaque mâchoire. Elles se divisent en centrales et en latérales. Centrale droite, centrale gauche ; latérale droite, latérale gauche.

2° Les canines œillères, angulaires, conoïdes, laniaires ou mieux unicuspidées.

Voilà bien des appellations pour une dent. Canine parce qu'elle rappelle les dents de chien, angulaire et conoïde à cause de sa forme angulo-conique, laniaire parce qu'elle sert à déchirer la chair à la manière des carnassiers, unicuspidée qui est le terme préférable parce qu'elle présente un seul cuspide ou pointe, et que les dents suivantes en présentent plusieurs. Les dents supérieures sont appelées vulgairement œillères, à cause de son voisinage avec l'œil et des accidents formidables que le public ignorant croit être la conséquence fatale de l'extraction de ces dents. L'on trouve encore des gens qui vous disent : l'œillère ou la dent de l'œil d'en bas.

Au sujet des accidents qui peuvent survenir du côté de l'appareil visuel à la suite de l'extraction de dents, qu'il nous soit permis de dire ici, qu'aucun cas de ce genre n'a été rapporté à la canine, tandis qu'au contraire la deuxième molaire supérieure dont les racines plongent souvent dans le sinus maxillaire et sont voisines par conséquent du sous-orbitaire ont quelquefois déterminé des troubles de la vision par action réflexe.

3° Les prémolaires ou bicuspidées aussi appelées semi-molaires et petites molaires au nombre de quatre pour chaque mâchoire. C'est à tort qu'on leur a donné le nom de semi-molaires ou de petites molaires, car elles ne ressemblent en rien à la moitié d'une molaire, et n'ont nullement les fonctions de ces dents. Ces organes, au contraire, ne font que d'aider la canine dans la division des aliments, ce qui a fait dire à un américain, que : « Depuis l'invention du couteau et de la fourchette, le rôle des biscupidées était presque effacé et que leur utilité devenait moindre. »

4° Les molaires, mâchelières ou multicuspidées, au nombre de six à chaque mâchoire, doivent leur nom à la fonction qu'elles remplissent dans l'acte de la mastication, ce sont elles en effet qui sont les plus essentielles dans la bouche, et qui rendent le plus de services pour la confection du bol alimentaire. Elles triturent en effet à la façon d'une meule de moulin, les aliments qui lui arrivent déjà divisés par les autres dents.

Les dents que nous venons d'énumérer présentent différentes faces, qui sont :

La face antérieure.

La face postérieure.

Les faces contiguës ou proximales, qui se divisent en mésiale et distale.

La face vestibulaire.

La face palatine.

La face linguale.

Nous donnerons chez les incisives et les canines le nom de face antérieure, à la face recouverte par les lèvres, et le nom de face postérieure, à celle qui lui est opposée et qui regarde la cavité buccale.

Pour les prémolaires et les molaires, la face antérieure sera celle qui sera la plus rapprochée de la ligne médiane, nous l'appellerons aussi mésiale. La face postérieure sera son opposée et portera le nom de distale. Ses faces sont aussi chez les molaires et prémolaires les faces contiguës ou de contact, ou encore faces proximales.

Chez les incisives et canines les faces de contact ou contiguës, sont celles qui touchent la dent voisine. Elles sont mésiales, c'est-à-dire rapprochées de la ligne médiane, ou distales, éloignées de cette même ligne, de telle sorte que du milieu de l'arcade dentaire en allant à la branche montante du maxillaire, en bas, et à la tubérosité postérieure en haut, la face distale de la dent antérieure est toujours en contact avec la face de la dent suivante.

Chez les molaires et prémolaires la face vestibulaire ou encore externe est celle qui correspond au vestibule de la bouche, la face palatine ou interne pour le maxillaire supérieur, celle qui correspond à la voûte du même nom. La face linguale est celle qui correspond à la langue pour le maxillaire inférieur.

La dent présente trois divisions La couronne, qui est la partie saillante en la bouche ; le collet, partie rétrécie qui sépare la couronne des racines, et enfin les racines qui sont les moyens d'implantation de la dent dans les maxillaires. Chaque racine a son alvéole. Normalement, le collet des dents est recouvert par les gencives. C'est un point capital à se rappeler, car c'est sur le collet des dents que se doivent appliquer les mors du davier. Dans la dent se trouve une cavité ayant à quelque chose près la forme de l'intérieur de la dent. Cette cavité renferme la pulpe dentaire, organe éminemment sensible, vasculo-nerveux, mais où l'élément nerveux domine.

Laboratoire municipal.

Le *Cahier particulier et local du Tiers-Etat de la Ville de Paris*, rédigé par les États généraux de 1789, renferme les trois articles suivants :

Art. 14. « Que tout marchand de vin, épicier, et autres chimistes obscurs, convaincu d'avoir altéré, falsifié la marchandise, soit livré comme empoisonneur public à toute la rigueur des lois ; là où le délit est facile à commettre et difficile à surprendre, il faut que la loi effraye par sa sévérité.

Art. 17. « Proscrire à jamais l'impôt tyrannique et odieux de cinq sous par chaque bouteille de vin qui entre dans la capitale, et

(1) *Paris-Guide*, p. 1902.

(2) Voir *Progrès médical*, 17 avril 1887.

que le marchand de vin n'ait aucun prétexte pour mixtionner cette liqueur réparatrice.

Art. 37. « Qu'il soit créé un conseil de santé pour surveiller la nourriture du peuple, lequel conseil députera tous les jours quelques-uns de ses membres pour inspecter toutes les denrées qu'on étale dans les marchés et dans les boutiques ».

Comme le montre la lecture de ces articles, la nécessité de protéger sérieusement la santé publique contre les falsificateurs, l'idée de la création d'un laboratoire municipal n'est pas nouvelle. Au moins sur ce point aurons-nous à signaler la réalisation d'une réforme, lors de la célébration du *Centenaire*.

Inscriptions et Consignations.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — (4e trimestre de l'année scolaire 1886-87). *Inscriptions et consignations.* — I. *Inscriptions*: Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 29 juin 1887. — Il sera clos le mardi 19 juillet, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi. 1° Inscriptions de première année, les mercredi 29, jeudi 30 juin, vendredi 1er et samedi 2 juillet 1887 ; 2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 juillet 1887 ; 3° Inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), 2e, 3e 4e années (Officiat), les mercredi 13, vendredi 15, samedi 16, lundi 18 et mardi 19 juillet 1887. MM. les Etudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés : L'Inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'Inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de Doctorat, 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 12 juillet 1887. — Avis special à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1886-87. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (Doctorat) et de la 5e (Officiat) ; — Il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : 1er trimestre, novembre et décembre, 56 jours, 2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours ; 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ; 4e trimestre, juillet à octobre inclusivement, 56 jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de Juillet (8e Doctorat et 4e Officiat), à l'Administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions. — II. *Consignations* : 1° Les élèves ajournés, à la session de novembre 1886, au 1er examen de doctorat et au 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (Officiat), devront consigner les mercredi 15 et jeudi 16 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 27 juin au 2 juillet. 2° Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de Doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 22 et jeudi 23 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 29 juin au 2 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 4 juillet) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les élèves pourvus de 16 inscriptions et n'ayant pas subi le 1er examen de Doctorat, pourront consigner jusqu'au jeudi 23 juin. Les aspirants à l'Officiat sont astreints à consigner en juillet, pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté. 3° En cas d'ajournement au 1er examen de Doctorat et aux examens de fin d'année, les Elèves-Docteurs de 1re année et les aspirants à l'Officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux Elèves de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet). — III. *Ostéologie* : Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre 1887. — MM. les Etudiants qui auront passé avec succès le premier examen de Doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — A cet effet, le bureau du chef du Matériel sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, pendant la période des examens. (Arrêté par la Commission scolaire dans sa séance du 3 juin 1887).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Rémy, Marchand, Segond. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Reclus, Budin. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Potain, Hayem, Straus ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Blachez, Rendu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Guyon, Terrier, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Pinard, Kirmisson.

MARDI 21. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Polaillon, Bouilly ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Troisier, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* ; MM Ball, Proust, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Peter, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série*: MM. Panas, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Cornil, Grancher, Debove.

MERCREDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Terrier, Straus. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Marchand, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Blachez, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Reclus, Rémy, Budin ; — 2e *Série* : MM. Pinard, Blum, Terrillon ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin.

JEUDI 23. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf, Polaillon, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Cornil, Mathias-Duval, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Marc Sée, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Duplay, Tarnier, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* ; MM. Brouardel, Proust, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hutinel ; — 3e *Série* : MM. Ball, Troisier, Debove.

VENDREDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Rémy, Reclus, Reynier. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Charcot, Potain, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Blachez, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Guyon, Marchand, Segond ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Blum, Budin ; — 1re *Série* : MM. Pinard, Terrier, Terrillon.

SAMEDI 25. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Duplay, Panas, Ribemont Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Marc Sée, Bouilly ; — (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon ; — (2e partie) 1re *Série* : MM. Cornil, Dieulafoy, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Troisier, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 22. — Mme de Hérodinof. Essai sur les myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées. — M. Frottier. De l'onyxis septique. — *Jeudi* 23. — M. Rouxel. Quelques réflexions sur l'application de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fractures ouvertes. — M. Jocqs. Tumeurs du nerf optique. — *Samedi* 25. — M. Jourdan. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chauds. — M. Samson. Quelques paralysies partielles viscérales dans la paralysie générale.

FORMULES

XIV. Lotion contre les pellicules (MARTINEAU).

Hydrate de chloral	25	grammes.
Eau distillée	800	—
Liqueur de Van Swieten.	100	—

Une cuillerée à bouche tous les deux jours en frictions sur la tête.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 juin 1887 au samedi 11 juin 1887, les naissances ont été au nombre de 1109, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 150. Total, 571. — *Sexe féminin* : légitimes, 389 ; illégitimes, 149. Total, 538

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 juin 1887 au samedi 11 juin 1887, les décès ont été au nombre de 941, savoir : 479 hommes et 462 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 5. T. 13. — Variole : M. 10, F. 4. T. 14. — Rougeole : M. 18, F. 26. T. 44. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 7. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 10, T. 26. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phthisie pulmonaire : M. 100, F. 74. T. 174. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8. T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 4. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 41, F. 43.

T. 54. — Méningite simple : M. 12, F. 15. T. 27. — Congestio et hémorrhagie cérébrale : M. 15, F. 20. T. 35. — Paralysie M. 1, F. 0 T. 1. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 3 T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 25. T. 45. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 15 T. 28. — Bronchite chronique : M. 20, F. 19. T. 39. — Broncho-Pneumonie : M. 9, F. 14. T. 23. — Pneumonie M. 21, F. 15. T. 36. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 12. T. 33. — Gastro-entérite, sein : M. 12, F. 12. T. 24. — Autres gastro-entérite : M. 1, F. 4. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 9, F. 15, T. 24. — Sénilité : M. 15, F. 23. T. 38. — Suicide : M. 9, F. 5. T. 14. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3. T. 11. — Autres causes de mort : M. 94. F. 63. T. 157. — Causes restées inconnues : M. 6. F. 5. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 78 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 32, illégitimes, 12. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 19; illégitimes, 15. Total : 34.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. RIBAN, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à ladite Faculté, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'analyse chimique quantitative.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1887, la chaire de physiologie à ladite Faculté, est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1887, la chaire de physiologie de ladite Faculté est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté ministériel, en date du 8 juin 1887, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

BIBLIOTHÈQUES. — M. Deniker, docteur ès sciences naturelles, a obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. BROUSSOLLE, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — Concours pour un emploi de chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole de Nantes. Ce concours sera ouvert à l'Ecole, le mardi 15 novembre 1887. Conditions du concours : Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il ne justifie du diplôme de docteur en médecine ou du diplôme de pharmacien de première classe, ou du diplôme de licencié es sciences physiques. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, quinze jours avant l'ouverture du concours, et déposer, entre les mains du secrétaire, leur acte de naissance, leur diplôme obtenu dans une Faculté ou Ecole supérieure de pharmacie françaises, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemptaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs. Le chef des travaux physiques et chimiques est nommé pour neuf ans et reçoit un traitement annuel de 2.000 francs : 1° Composition écrite sur une question de physique. Quatre heures sont accordées pour cette composition; le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie. Après trois heures de préparation dans une salle fermée, le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. 3° Détermination de la nature des éléments chimiques d'un mélange donné. Quatre heures sont accordées pour cette analyse qualitative dans un laboratoire de l'Ecole, sous la surveillance d'un membre du jury. Un quart d'heure est accordé pour l'Exposition publique des résultats obtenus.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. JOSSO (Paul), docteur en médecine, est nommé chef de clinique chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. de Larabrie, appelé à d'autres fonctions.

ECOLES VÉTÉRINAIRES. — Par arrêté ministériel, en date du 7 juin 1887, M. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été appelé à faire partie du Conseil de perfectionnement des Ecoles vétérinaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — MM. les professeurs Guyon, Lannelongue, Trélat et Verneuil ont prié l'Académie des sciences de les comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Gosselin. — Aux noms des candidats à la place vacante à l'Académie des sciences, dans la section de médecine et chirurgie, par suite de la mort de M. Gosselin, nous devons ajouter celui de M. le professeur Cornil, qui a fait acte de candidature dans la séance d'avant-hier lundi. Aussitôt après cette séance, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture des rapports de la commission sur les titres des cinq candidats dont la liste a été dressée dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Verneuil ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM Cornil, Guyon, Lannelongue et Trélat. L'élection aura lieu lundi prochain

EPIDÉMIOLOGIE. — L'épidémie de *Suette miliaire* continue à faire, à Bussière-Poitevine (Haute-Vienne), de nombreuses victimes. Le nombre des décès va en augmentant ; il en est de même des cas de maladie, dont le nombre aurait monté en trois jours de 150 à 200. Le préfet de la Haute-Vienne s'est rendu sur les lieux ; il était accompagné de MM. le sous-préfet de Bellac, Thoumas, médecin des épidémies ; Perrier, docteur-médecin à Bellac, et Marriette, chef de cabinet. On a visité les malades et entretenu la municipalité sur les mesures à prendre. — Quatre internes des hôpitaux de Paris seraient partis renforcer le corps médical local qui est sur les dents, car l'épidémie est loin d'être en décroissance. — Le ministre du commerce vient d'envoyer à Bussière-Poitevine une mission sanitaire composée de MM. Chantemesse, Thoinot et Descoust, pour étudier les causes de l'épidémie. M. Brouardel s'est rendu sur les lieux. — On nous signale quelques rares cas de *Suette* dans les environs de Rochefort. — A Rochefort même une épidémie de *Rougeole* y occasionnerait de nombreux décès. — A Soubise (près Rochefort), il n'existerait que des cas de *Rubéole*.

EXCURSIONS GÉOLOGIQUES. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 19 juin 1887 aux environs de Crécy. Rendez-vous gare de l'Est où l'on prendra, à 6 heures 30 minutes, le train pour Esbly. On sera rentré à Paris à 6 heures 52 minutes du soir. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir à 4 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.* — Ce concours sera ouvert le mercredi 3 août 1887, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 27 juin jusqu'au samedi 16 juillet inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

HERBORISATIONS. *Cours d'histoire naturelle médicale.* — M le professeur BAILLON fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Carnelle, le dimanche 19 juin 1887. Départ gare du Nord, à 8 heures 25 minutes, pour la station de Presles.

INSPECTEURS GÉNÉRAUX. — M. BERTHELOT, membre de l'Institut, est réintégré dans ses fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur.

JOURNALISTIQUE. — On lit dans l'*Union médicale* à la date du 4 juin 1887 : « Le Conseil de surveillance et l'Assemblée générale des actionnaires de l'*Union médicale* ont pensé, conformément aux régles adoptées par la plupart des organes de la presse, qu'il était difficile aux principaux directeurs d'un journal récemment créé de prendre une part active à nos délibérations quotidiennes. C'est pourquoi la composition de notre Comité de rédaction est modifié à partir de ce jour.

« Il va sans dire que cette mesure de simple convenance ne saurait passer, dans l'esprit du Conseil de surveillance et de l'Assemblée générale, pour un acte d'hostilité contre deux estimés confrères qui, pendant plusieurs années, ont rendu à l'*Union médicale* des services qu'elle n'oublie pas. »

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le Dr FISCHER, chargé de la seconde partie du cours de M. le professeur Gaudry, au Jardin des Plantes, commencera ses leçons de paléontologie mercredi prochain 15 juin 1887, à trois heures et demie du soir, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. Le lundi, la leçon aura lieu à deux heures.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr DUPERRON a été élu le 12 juin conseiller général de l'Orne (canton de Gacé).

RÉCOMPENSES. — Le conseil supérieur de santé de la marine vient de décerner le prix Blache à MM. les professeurs Bertrand et Fontan, auteurs d'un travail intitulé : *De l'entérocolite chronique épidémique des pays chauds.*

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LESTOCQUOY, professeur à l'Ecole de médecine d'Arras, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville. — M. le Dr VERET (de Doullens). — M. le Dr GALY, de Periguex. — M. le Dr CASTEL, médecin aide-major, décédé au Tonkin. — M. OERLEY, professeur de Zoologie à l'Université de Pesth, vient de se tuer. Il était né en 1856. Il était aussi, *à l'âge de 31 ans*, conservateur du musée de Pesth.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

15e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. V. N° 26. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 JUIN 1887.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Faits pour servir à l'histoire du Vertige paralysant (maladie de Gerlier) ;

Par le Dr HALTENHOFF, privat-docent d'ophthalmologie à l'Université de Genève.

Dans la séance du 10 mai dernier, j'ai lu à l'Académie de médecine une note sur des cas de vertige paralysant que j'ai observés depuis 1874. Comme tout le monde sait, le mérite d'avoir le premier attiré l'attention du corps médical sur ce curieux ensemble de phénomènes nerveux revient au Dr Gerlier, à Ferney-Voltaire (Ain), qui a communiqué à la Société médicale de Genève une description appelée à rester classique (1). Le même auteur vient de publier sur l'étiologie de cette affection un travail dont plusieurs journaux médicaux ont déjà donné la substance (2). Les observations si remarquables de M. Gerlier furent aussitôt confirmées par un médecin suisse, le Dr David, de Versoix, qui pratique dans la région du canton de Genève limitrophe au district de Ferney (3). Comme son voisin et confrère, M. David a observé les symptômes du mal paralysant pendant l'été et l'automne de 1885 et 1886 chez un certain nombre d'ouvriers de campagne et de valets de ferme de cette région et les a vus guérir à l'approche de la saison froide. Nous ignorons encore, pour le moment, si des faits semblables ont été observés ailleurs. Il serait bien singulier que la névrose décrite par M. Gerlier n'existât que dans cet étroit rayon des environs immédiats de Genève, les conditions sanitaires de notre petit pays n'ayant rien offert de bien spécial jusqu'ici. Il serait très désirable que les médecins des autres contrées fissent connaître les faits analogues qu'ils auraient pu observer dans leur clientèle. En attendant, il importe de constater que cette névrose rurale n'est pas tout à fait nouvelle dans notre pays, comme le feraient supposer les publications de MM. Gerlier et David. Je retrouve, en effet, dans mes journaux cliniques, plusieurs cas analogues ou même identiques aux leurs ; les plus anciens remontent à 1874. Ils concernent tous des campagnards qui vinrent me consulter pour les troubles oculaires liés à leur affection nerveuse. Vivement frappé des singularités que présentaient ces malades, je ne sus dans quel cadre les faire rentrer, ni à quelle cause les attribuer et me contentai de prendre note des phénomènes constatés par moi-même ou rapportés par eux. Mes observations, en partie, il est vrai, fort imparfaites, ont l'avantage d'avoir été prises en dehors de toute préoccupation nosographique spéciale et bien avant que je pusse avoir connaissance des faits relatés par nos distingués confrères de Ferney et de Versoix, dont elles confirment et complètent la description. De mes neuf cas, les deux derniers seuls venaient de la région où exercent MM. Gerlier et David et font partie de l'épidémie récente qu'ils ont décrite.

Observations I et II. — Le 5 septembre 1874 je fus consulté par deux frères savoisiens, garçons de ferme chez M. C..., à Vésenaz (canton de Genève). Ils se plaignent surtout de voir mal par moments. Le cadet, François Guérat, 18 ans, qui est depuis six mois dans la même place, a été pris depuis le commencement de juillet d'accidents nerveux survenant par accès surtout lorsqu'il travaille la tête baissée: sa vue s'obscurcit, i ne peut plus fixer, une sorte de contraction dans le cou le force de tourner la tête du côté droit ; il éprouve de la faiblesse dans les bras et les jambes, de la difficulté à marcher. Ces accès ont augmenté peu à peu et sont devenus quotidiens; ils durent, à l'entendre, de 15 à 20 minutes. Le soir, il voit mieux que dans le jour. En mangeant, il a souvent de la peine à avaler. Il n'a eu ni douleurs, ni vertiges, ni mouvements convulsifs des membres.

Son frère, Marie Guérat, 33 ans, a été pris, après lui, d'accidents analogues, mais moins accentués. Il n'a travaillé que six semaines chez M. C..., à V. Il raconte que deux autres camarades de ferme, en particulier le berger, ont été pris aussi du même mal.

Je trouve à ces deux hommes de la difficulté d'ouvrir les paupières ; il existe évidemment un léger degré de ptosis paralytique. L'acuité visuelle est de 4/5 à 1. A l'ophthalmoscope, je ne constate aucun changement appréciable. Ils n'ont pas eu de coliques, ne présentent pas de dysesthésies cutanées, pas de liseré gingival. Tous deux couchaient dans l'écurie de la ferme, leurs deux camarades dans l'étable. Leur sommeil est bon, mais leurs forces ont diminué et ils ont quitté leur place depuis quelques jours à cause de la maladie. Depuis lors, leurs accès ont été en diminuant. Questionnés sur leur alimentation à la ferme C., ils sont unanimes à se plaindre d'une mauvaise piquette rouge. « Les maîtres n'en buvaient pas, disent-ils, et sont restés bien portants. » Quant au pain, il était très bon et les maîtres mangeaient du même.

Je prescrivis à ces malades une potion de bromure de potassium, le repos et des bains soufrés et ne les revis plus.

Obs. III. — Deux jours après, je vis paraître leur camarade Louis Borloz, âgé de 40 ans. Il a été six semaines dans cette ferme. Depuis trois semaines, il a éprouvé des lourdeurs de tête, des troubles visuels, des fatigues dans les jambes, de la faiblesse générale, souvent de la dysphagie. Il entend moins bien qu'avant, il a maigri. Un symptôme survenu dès le début et qui persiste encore est une parésie des fléchisseurs de l'annulaire et du petit doigt aux deux mains. Ces doigts ne peuvent en effet se fléchir qu'imparfaitement et n'arrivent pas à toucher la surface palmaire. Le malade accuse aussi des fourmillements dans le creux des mains.

Il y a cinq ou six jours, son état s'aggrava ; il fut pris, en travaillant, d'une espèce d'attaque avec torsion des bras et des reins, constriction à la ceinture ; il tomba par terre quatre fois en une demi-heure, dit-il, en gardant sa pleine connaissance. Il se plaint encore de la vue ; elle est meilleure à l'ombre et au crépuscule qu'au grand jour et au soleil. Je trouve V (acuité visuelle) = environ 1/2, accommodation affaiblie d'un tiers. A l'ophthalmoscope, tout normal. (Pas de détails notés sur le ptosis, contenu implicitement dans la remarque: « même affection que les frères G... »). Louis B... accusait aussi de son mal la piquette rouge ; il se plaignait également qu'on eût fait manger aux gens de la ferme de la viande de porc pourrie. Depuis sa maladie, il a eu grand soif, mais les fonctions digestives et sécrétoires sont restées régulières.

Je soupçonnai chez ces trois malades une intoxication de nature insolite, peut-être saturnine, Louis B... présentant aux

(1) Une épidémie de vertige paralysant, par le Dr Gerlier. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1887, n° 1, pages 5 à 27.

(2) Origine du vertige paralysant, *ibid*, n° 5, pages 260 à 267.

(3) Contribution à l'étude du vertige paralysant, *ibid.*, n° 2, pages 65 et suiv.

gencives un léger liseré bleuâtre. Je lui prescrivis des bains et une potion d'iodure de potassium. Peu de jours après, il se fit recevoir à l'hôpital. Le quatrième malade de la ferme C. qui remplissait les fonctions de berger ne s'est pas présenté chez moi.

Obs. IV. — 25 août 1875. François Christin, 32 ans, garçon de ferme, campagne R. à Varembé. Depuis un mois, douleurs à la nuque, s'irradiant aux côtés du cou et quelquefois à la gorge où il éprouve alors de la constriction avec difficulté d'avaler ; lourdeur des paupières supérieures qui parfois se ferment involontairement, sans contraction forcée, dit-il, mais par faiblesse. Je constate un ptosis double incomplet, le malade relève les sourcils pour mieux voir. Il attribue son affection à des courants d'air dans l'écurie où il couche. (Rien noté sur l'acuité visuelle probablement trouvée normale). Prescrit frictions de vératrine autour des yeux, douches locales, bains soufrés. Applications de courants continus de la nuque aux orbites. Amélioré en peu de jours de traitement, le malade ne reparaît plus.

P.-S. J'appris plus tard du propriétaire M. R... que Christin était buveur, qu'il a été le seul malade parmi les employés de la ferme en 1875, et qu'on n'y a pas observé de cas semblables les autres années.

Obs. V. — 12 août 1878. Antoine Veynas, 27 ans, ouvrier de campagne à Peicy, envoyé par le Dr Redard. Au mois de juin, pendant les fenaisons, il fut pris tout d'un coup de ptosis, qui a persisté depuis lors. Presque chaque jour, vers quatre heures après-midi, il est atteint d'une sorte d'accès, pendant lequel il peut à peine entr'ouvrir ses yeux en s'aidant du frontal. Au moment de l'examen, il existe un léger ptosis, qui masque à peu près le quart des pupilles. Sauf quelques douleurs gravatives au front, l'état général est excellent. Vision normale, ni diplopie, ni strabisme.

16 août. A la suite de frictions stimulantes autour des yeux, d'un purgatif et d'une mouche de Milan à chaque apophyse mastoïde, les accès quotidiens d'occlusion oculaire sont moins violents. Prescrit pilules de strychnine.

Quelques jours après, accès très fort, avec bruits dans la tête et brouillard visuel pendant une demi-heure. Aucun autre symptôme cérébro-spinal. Le malade ne revint pas. Il avouait quelques excès de vin blanc, mais attribuait son mal à l'action du soleil pendant le travail.

Obs. VI. — 2 mai 1884. Louis Garin, 26 ans, cultivateur, campagne B. à Chougny. Depuis un mois, lourdeur des paupières, surtout l'après-midi ; se plaint aussi de raideur dans les mouvements de la lèvre inférieure le soir. Depuis hier, faiblesse musculaire générale, surtout ressentie dans la nuque, les bras, les jambes. Homme vigoureux. Ni excès, ni syphilis, ni antécédents de famille. Aucune parésie, sauf celle des releveurs palpébraux ; pas d'autre symptôme cérébral. Pas de traumatisme. Le symptôme principal et qui l'amène à ma clinique ophthalmique est le double ptosis, plus fort à gauche, où plus de la moitié de la pupille est cachée dans le regard direct. G... ride le front pour mieux voir, est obligé parfois de s'aider des doigts pour découvrir ses pupilles. Mouvements oculaires parfaits en tous sens, pas de diplopie. Pupilles normales. V. et Acc. normales. Purgatif, frictions stimulantes, repos. Revu quatre jours après, amélioré.

P. S. — Louis G... avait l'emploi de charretier de la ferme, ne couchait pas dans l'écurie, mais dans une chambre au premier étage d'un bâtiment séparé. Il a été seul atteint du mal ptosique, mais deux ans avant lui, un ouvrier de la même ferme, nommé Artique, avait présenté des symptômes analogues (Renseignements récents).

Obs. VII. — Etienne Poss..., 29 ans, maître valet à Ruth, près Cologny, consulte le 26 octobre 1883 pour de légers troubles visuels d'origine récente. Il y a trois semaines, il fut pris d'une forte douleur à la nuque et d'une faiblesse des jambes qui le faisait tomber quand il se penchait en avant. Il dut quitter le travail et passa neuf jours à l'hôpital de St-Julien (Haute-Savoie) d'où il sortit amélioré. Aujourd'hui, se trouvant exposé au grand jour, il fut repris subitement de trouble visuel suivi de céphalée frontale. Œil D. Myopie 1,5 D. V. = $\frac{5}{VI}$ Œil G. Emmétropie V. = $\frac{5}{X}$. Rien à l'ophthalmoscope. Pas de diplopie. Mouvements oculaires normaux. N'est pas revenu.

P. S. — Le fermier attribue l'état maladif de cet employé à des excès de femme habituels. Il dit que P... avait toujours les yeux hagards et avait déjà eu précédemment les mêmes accidents nerveux. Cet homme couchait avec des camarades dans une chambre, bien aérée au midi et au couchant, sans communication avec l'écurie (Renseignements récents).

Obs. VIII. — 1886, 24 septembre. Elie Duret, 36 ans, ouvrier de campagne à Collex, (village du canton de Genève, situé entre Ferney et Versoix). Marié, père d'un enfant sain, pas alcoolisé, toujours bien portant, fut pris en juin de douleurs à la nuque, vertiges et maux de tête, surtout en se baissant, symptômes qui n'ont pas cessé tout l'été. D'une façon passagère, il a vu double, a eu comme des crampes dans les mains et les bras, et a dit plusieurs fois un mot pour un autre. La jambe droite fut prise, dès le début, de faiblesse musculaire avec un certain degré d'insensibilité. Au mois d'août survinrent des troubles visuels, surtout à l'œil droit, une douleur de tête assez forte et persistante, localisée surtout entre les deux yeux, et de la difficulté à ouvrir les yeux, principalement au soleil. Ces symptômes qui persistent toujours l'amènent à la clinique. Depuis quinze jours, il a dû cesser tout travail, se sentant trop faible, malgré un bon appétit et une digestion régulière. Il dort mal, est devenu très impressionable, un bruit sec le fait tressaillir.

Je lui trouve l'air fatigué, le teint un peu terreux, une expression de souffrance. Des rides au front indiquent les efforts qu'il fait pour surmonter la paresse des releveurs palpébraux. Une pression sur l'occiput ainsi que sur les apophyses épineuses cervicales, qui sont douloureuses, provoque des « frissons » dans les épaules et les bras. Cœur sain. Urine : ni albumine, ni sucre ; excès de phosphates au premier examen.

Examen oculaire. O. D. E. V. = 1. Perceptions colorées parfaites. O. G. M. 1, 0. D. V. $\frac{1}{4}$. Légère altération des sensations colorées (épreuves Stilling). Ophthalmoscope : tout normal aux deux yeux. Pupilles de dimension et mobilité normales. Prescrit : repos absolu, potion K. I. — Cinq jours après, je constate l'éclaircissement de la vue à gauche V. = $\frac{5}{VI}$. Bientôt D... reprend son travail.

Il revient le 13 octobre. Son état s'est de nouveau aggravé. La faiblesse des jambes l'a repris ; hier, elles ont fléchi sous lui et il est tombé sur le sol en gardant sa pleine connaissance. Depuis lors, il souffre dans les mollets. Les douleurs du front ne sont pas revenues, mais elles sont assez fortes à la nuque et aux tempes. Il lâche quelquefois l'objet qu'il tient à la main, surtout à la main droite. Je trouve la pression de cette main notablement affaiblie. En examinant la sensibilité, on constate que les attouchements sont mal perçus dans le domaine du nerf cubital droit (bien perçus à gauche) ; le chaud et le froid par contre sont nettement distingués. Il y a encore un peu de blépharoptose ; D... tient la tête en arrière pour mieux voir ; toutefois, par un effort énergique de la volonté, il réussit à ouvrir les yeux presque normalement à l'aide des releveurs. La démarche ne présente aucun signe d'incoordination, bien que les jambes s'écartent un peu pour augmenter l'assiette. La sensation de la plante des pieds n'est pas émoussée. Les réflexes rotuliens sont très exagérés. D... accuse quelques fourmillements dans le tronc et les membres. Il a eu récemment un peu d'urticaire, peut-être médicamenteux (quinine ?). Comme il s'agit d'une affection du système nerveux et que D... a besoin de soins et de repos, je l'adresse à la clinique médicale de M. le professeur Revilliod, d'où il sort guéri après quelques jours.

11 juin 1887. — Bien que guéri, Elie D... est resté excitable et se fatigue plus vite qu'anciennement, soit au travail, soit à la marche. Il a encore parfois de la difficulté de déglutition et même de mastication. Tous les matins, au lever, la main gauche est engourdie et lui fourmille. La vue est redevenue normale. V = presque $\frac{6}{V}$ aux deux yeux. Accommodation normale. Plus de ptosis. La diplopie a persisté longtemps, dit-il. Questionné sur son domicile, D... prétend qu'il est un peu humide, mais sa famille se porte bien. Il n'a jamais couché que chez lui, n'a pas eu affaire à l'écurie. Il travaillait à la vigne et aux champs. Ses quatre camarades chez M. G..., maire de Collex, ont tous

été pris du mal paralysant. Le berger ne pouvait plus traire; le charretier couchait dans l'écurie, auparavant occupée par des bœufs. En même temps, la maladie existait dans la ferme du château, chez M. B... Les ouvriers ont tous dû partir, après les regains, par suite d'incapacité de travail. Ils y couchaient dans des granges, dans des écuries. Duret prétend que cela dure ainsi depuis trois ans.

Obs. IX. — Je serai très bref sur ce malade, qui m'est envoyé le 1er décembre 1886 de la clinique médicale, où il séjourne, pour examen visuel et ophthalmoscopique.

Jean Reber, 51 ans, berger chez M. L..., à Colovrex, un des cas types à accès quotidiens avec paralysie du trayeur observés par M. Gerlier, a été pris en août du mal paralysant après trois autres employés de la même ferme (dont une servante, la seule de son sexe qui ait présenté jusqu'ici cette maladie). Depuis lors il ne peut plus lire. Il offre encore un reste de blépharoptose, un teint pâle un peu jaunâtre, mais se porte bien à présent, après son repos à l'hôpital.

Examen oculaire: Aux deux yeux: E. V. $= \frac{5}{VII}$. Presbyopie normale. Champ visuel normal au périmètre de Förster. Reconnait tous les papiers colorés de Heidelberg. Lit à 1 mètre tous les chiffres pseudo-isochromatiques de Stilling. Ophthalmoscope: tout normal.

Tels sont les quelques faits relatifs à la névrose de Gerlier, qu'il m'a été donné d'observer. N'ayant vu ces malades qu'en consultation à ma clinique ou dans mon cabinet, mes observations sont forcément imparfaites. Je n'ai pu, comme le Dr Gerlier, suivre les malades de jour en jour, les examiner au moment de leur travail, pendant les accès de l'après-midi, où tous les phénomènes parétiques, en particulier ceux de l'appareil visuel, atteignent leur summum d'intensité. Je publie donc mes observations à titre de simples documents, pour contribuer à la description d'une maladie nouvelle, suivant toute apparence, et, comme telle, encore peu connue. Je laisserai à de plus compétents que moi le soin d'en tirer des conclusions sur le point de départ des accidents et leur physiologie pathogénique. Les manifestations du côté des yeux, des muscles du pharynx, de la face, de la nuque et des extrémités, surtout des membres thoraciques, paraissent indiquer des troubles dans les fonctions d'innervation de la moelle cervicale et allongée (bulbe, pédoncules, etc.). La diplopie qu'ont accusée plusieurs malades, mais que je n'ai pas observée directement, était-elle due à la parésie d'un des nerfs oculomoteurs ou à un strabisme spasmodique passager? Bien que l'élément paralytique prédomine d'une façon évidente dans le tableau symptomatique, quelques-uns des autres symptômes offerts par nos malades pourraient aussi s'expliquer par des contractions involontaires; par exemple, la soi-disant torsion du cou et du tronc, la dysphagie. Quoi qu'il en soit, la bénignité de l'affection, la variabilité des accidents, la rapidité de leur disparition à la suite d'un changement de vie et de milieu, l'intégrité de tous les organes accessibles à l'exploration indiquent évidemment qu'il s'agit de simples désordres fonctionnels sans lésion matérielle des centres nerveux. Aussi pourrait-on penser à expliquer tous ces phénomènes par une espèce de névrose essentielle, du genre de l'hystérie. Dans cette hypothèse, qui a été surtout défendue, à la Société médicale de Genève, par mon excellent collègue et ami le Dr Ladame, l'affection successive ou simultanée de plusieurs individus travaillant et vivant ensemble dans la même exploitation rurale, serait due à la contagion psychique ou à une sorte d'auto-suggestion. Malheureusement, cette théorie n'est pas d'accord avec la plupart des circonstances dans lesquelles nous voyons se manifester la maladie de Gerlier. S'il s'agissait d'une affection du genre hystérique, comment comprendrait-on l'immunité du sexe féminin? Tous mes malades étaient des hommes. Parmi ceux de MM. Gerlier et David, il n'y a eu qu'une seule femme: c'était une servante de la ferme L., à Colovrex, d'où venait le berger Jean Reber (notre Obs. IX) et où ces confrères ont observé, l'an dernier, une véritable épidémie de maison, dont je reparlerai. Sauf cette unique exception, les femmes, filles et servantes, vivant dans les mêmes fermes que les cultivateurs ou vachers malades, témoins, par conséquent, des crises paralytiques si fréquentes chez eux, n'ont pas offert de traces de la maladie. D'ailleurs, le vertige paralysant n'est pas toujours épidémique, comme dans la région de Ferney, en 1885 et 1886. Mes observations I, II et III fournissent un exemple bien probant d'une de ces épidémies de maison. Mais mes cas IV, V, VI et VII paraissent avoir été sporadiques. Pour les obs. IV, VI et VII, ce point a été positivement établi par des renseignements puisés à bonne source. Le no IV avait peut-être une prédisposition spéciale par suite de ses habitudes alcooliques, ce qui concorde avec les observations de M. Gerlier. Remarquons aussi que ces cas isolés, qui n'ont rien à faire avec l'épidémie de Ferney, sont répartis sur plusieurs années (1875, 1878, 1884 et 1886) et sont apparus dans quatre localités séparées les unes des autres, n'ayant aucun rapport entre elles et situées sur les deux rives du Rhône ou du lac de Genève. La plupart de mes malades ignoraient l'existence de la singulière maladie dont ils étaient frappés. Avant les publications de M. Gerlier et les extraits qu'en donnèrent les journaux, le mal paralysant n'était nullement entré dans le domaine de la notoriété publique. La plupart des malades étaient étrangers au pays; les uns, venus de la Haute-Savoie pour les gros travaux de l'été; les autres, de la Suisse allemande, comme bergers ou bouviers. Deux de ces Bernois, fraîchement débarqués à Colovrex et ignorant la langue du pays, furent pris, au bout de huit jours, en février dernier, à une époque où, depuis des mois, il n'y avait plus un seul malade (1). Ce fait est assez significatif. Enfin, la répartition par petits foyers isolés des cas épidémiques observés aux environs de Ferney, ne me paraît pas répondre à la marche habituelle d'une névrose épidémique qui s'étend de proche en proche par contagion morale. Non seulement celle-ci n'eût pas épargné les femmes et la grande majorité des jeunes gens, pour frapper surtout de solides travailleurs adultes ou d'âge mûr, mais au lieu que le mal se confinât dans des hameaux et des maisons de ferme isolées, les agglomérations villageoises fussent devenues les foyers principaux.

L'hypothèse d'une névrose contagieuse étant exclue, on ne peut expliquer les épidémies de vertige paralysant que par une intoxication ou une infection. Aussi, est-ce dans cette direction que M. Gerlier a poussé d'emblée ses recherches. Il a fallu d'abord mettre de côté l'influence paludéenne, car l'affection ne s'accompagne d'aucune fièvre, les malades n'ont pas eu d'antécédents fébriles et l'impaludisme est presque tout à fait étranger à la contrée. Je puis, pour ce qui concerne mes cas, affirmer la salubrité des endroits d'où ils provenaient. La plupart de ces localités, comme, par exemple, Vésenaz, où quatre individus furent atteints dans la même ferme, en 1874, sont situées sur des hauteurs, recherchées par les citadins et recommandées par les médecins comme

(1) Origine du vertige paralysant, par le Dr Gerlier. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 15 mai 1887.

séjours de villégiature et de convalescence. Les fièvres intermittentes y sont inconnues.

M. Gerlier s'est livré à des recherches consciencieuses au sujet de l'alimentation de ses malades, mais son enquête n'a abouti qu'à des résultats négatifs. Ni le pain, ni les viandes, ni les légumes, ni l'eau, ni les autres boissons n'ont pu être sérieusement incriminés. D'ailleurs, eût-on trouvé dans les ingesta la cause probable de la névrose, on n'en serait pas moins fort embarrassé d'expliquer le mode de dissémination des cas, l'immunité du sexe féminin et des enfants, celle des maîtres mangeant à la même table ou au moins des mêmes mets que leurs ouvriers. Dans son récent travail sur l'origine du vertige paralysant, M. Gerlier a émis une hypothèse nouvelle et fort originale, qui expliquerait mieux qu'aucune autre la plupart des faits observés. Il pense que le vertige paralysant serait dû à l'action d'un miasme spécial se développant dans certaines étables à la faveur de l'encombrement continu, de la souillure permanente du sol, d'une ventilation défectueuse et d'une température élevée. Voici comment il a été amené à cette hypothèse. Au mois de février dernier, deux bergers âgés l'un de 20, l'autre de 17 ans, arrivent des montagnes de l'Oberland bernois pour s'occuper du bétail de M. L. à Colovrex, dans cette même ferme dont j'ai parlé plus haut et qui fut, l'an dernier, le siège d'une véritable épidémie de vertige paralysant (voir mon obs. IX). Huit jours après leur installation, ces deux jeunes gens sont pris de symptômes non équivoques du même mal. Tous deux ont de l'engourdissement des mains, s'accentuant dans l'après-midi, et les empêchant de bien traire les vaches (parésie du trayeur), ainsi que de l'amblyopie, provoquée par une lumière vive ; l'aîné a aussi du ptosis, surtout quand il baisse la tête. M. Gerlier apprend alors de M. L. qu'après Jean Reber, parti pour cause d'incapacité de travail, un autre berger, venu de la Suisse allemande, avait été pris des mêmes symptômes au début de l'hiver. Son frère aîné et lui, engagés ensemble, avaient d'abord couché dans leur chambre, mais le froid se faisant sentir, ils vinrent, en novembre, occuper les lits placés dans l'étable. Bientôt après, le cadet eut de la faiblesse des mains et de la nuque ; au bout de quinze jours, il fut pris de crises si fortes qu'il roulait sous la vache et dut quitter le service. Son frère ne fut pas malade et partit pour d'autres motifs. « Voilà donc, dit M. Gerlier, une étable où, dans l'espace de six mois, quatre bergers sur cinq sont successivement frappés. Ne dirait-on pas volontiers avec M. L. qu'elle est ensorcelée, ou, plus scientifiquement, qu'il s'en dégage une influence morbide!

Cette étable est divisée en deux salles, contenant ensemble 27 bovidés, non compris les veaux, savoir : 22 vaches, 2 bœufs, 3 élèves. Ces salles sont assez vastes, à plafonds élevés, et ont une cheminée d'appel. Le sol est pavé et une rigole tracée derrière les bêtes permet l'écoulement des liquides. Le pavage, toujours inférieur au plancher et au béton, ne s'oppose qu'imparfaitement à l'imprégnation du sol par l'urine. La température de l'écurie n'est point suffocante, et le thermomètre que j'ai établi a toujours oscillé entre 20° et 10° centigrades dans les dix premiers jours de mars, d'après les observations de M. L. lui-même. Le maximum correspond à l'occlusion complète des portes et à la nuit. Voilà donc un milieu parfaitement tempéré, tout à fait exceptionnel, et, de plus, propice à la conservation des germes pendant l'hiver. »

Ce sont les seuls cas, jusqu'ici, observés pendant la saison froide. Car le vertige paralysant est une maladie saisonnière, se développant généralement en été, et s'éteignant en automne. Mes observations confirment pleinement, à cet égard, celles de MM. Gerlier et David. La maladie attaque de préférence les travailleurs en contact avec les étables, ceux qui y couchent, ceux qui y sont le plus occupés pendant la journée. Sur les dix cas observés par M. Gerlier, en 1886, quatre concernaient des bergers, deux des jeunes gens trayant les vaches chez leurs parents, deux de petits propriétaires qui n'ayant pas de bergers aidaient souvent leurs fils à traire et à faire la litière. Un autre, très gravement atteint, avait sa cuisine en communication directe avec l'étable, dont l'air chaud et vicié pénétrait dans l'habitation. Un seul des six malades n'avait pas lui-même de vaches à soigner, mais seulement une chèvre et un cochon. En 1885, sur trois hommes atteints à Ferney, il se trouvait un jardinier. Mais il est possible qu'il ait eu, comme tout ouvrier agricole, des occasions d'entrer à l'étable et d'en respirer l'atmosphère. Mes trois malades de Vésenaz et celui de Varembé (obs. I à IV) m'ont positivement affirmé qu'ils couchaient à l'étable ou à l'écurie (1). Mes malades VI, VII et VIII ne couchaient pas à l'écurie. C'est un usage très répandu dans nos campagnes de faire coucher dans ces locaux soit les valets de ferme et les bergers ou bouviers à poste fixe, soit même une partie des ouvriers engagés temporairement pour les gros travaux de l'été. En outre, dans la plupart de nos fermes, les soins du troupeau sont l'apanage exclusif des hommes, ce qui expliquerait l'immunité du sexe féminin.

Si le miasme stabulaire ne se développe que dans certaines localités, c'est qu'il s'y trouve réuni un ensemble de circonstances particulières, favorables à son éclosion. Le mode de construction de l'étable, les soins de propreté qu'on y prend doivent avoir une influence. Mais une des circonstances les plus importantes serait, d'après M. Gerlier, le séjour continuel du bétail dans les mêmes locaux pendant toute l'année, comme c'est le cas ordinaire dans les environs immédiats de Genève. Partout ailleurs, dans nos pays de montagne, comme dans les pays à pâturages en plaine (la Hollande, par exemple) les vaches quittent l'étable pour l'été et une partie de l'automne et n'y rentrent qu'à l'approche des froids. Si les médecins qui exercent dans les autres localités situées dans notre région au pied du Jura n'ont pas vu de cas du mal paralysant, cela tiendrait-il à ce que, chez eux, les troupeaux passent la bonne saison à l'alpage ? Les étables servent, pendant ce temps, à d'autres usages, ou ne sont pas utilisées. Le fait d'être pleines toute l'année et en particulier pendant les grandes chaleurs, de ne jamais être aérées à fond et séchées doit rendre les étables moins salubres, plus propres au dégagement d'émanations putrides, peut-être de germes infectieux délétères pour l'homme, bien qu'innocents pour les animaux adaptés à ce milieu spécial depuis de longues générations. En quoi consistent ces miasmes spéciaux ? D'où viennent-ils, sont-ils propres à notre contrée, autochthones ou d'importation étrangère ? Comment se fait-il que des faits semblables n'aient pas été signalés dans d'autres contrées, où les conditions locales de l'industrie laitière obligent également à lais-

(1) Le terme d'écurie n'est pas pris dans son sens strict par nos populations rurales. En outre, on voit souvent aussi des vaches dans les écuries des fermes ; elles sont toujours plus nombreuses que les chevaux.

ser les étables habitées toute l'année ? J'ai questionné, sur ce point, deux médecins suisses qui pratiquent dans une ville du canton de Berne, où je savais qu'un certain nombre d'étables restaient encombrées toute l'année. Mes amis les Drs Rau et Ris, à Thoune, m'ont répondu d'un commun accord que ni eux, ni leurs confrères n'avaient observé des cas de vertige paralysant ; que, d'ailleurs, dans la Suisse allemande, jamais aucun vacher ni aucun ouvrier de campagne ne couche dans les étables. Quoi qu'il en soit de la réalité de l'origine stabulaire du mal paralysant, j'ai tenu à exposer ici la théorie mise en avant et si bien défendue par M. Gerlier, parce qu'elle me paraît avoir des faits en sa faveur. S'il reste encore plus d'une cause inconnue à chercher, le problème, au moins, est nettement posé.

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — **M. J. SIMON.**

Diagnostic, pronostic et traitement de la diphthérie (*fin*) (1).

Leçon recueillie par MM. les Drs CARRON, ancien interne des hôpitaux, et MERCIER, médecin-consultant à Bourbonne-les-Bains, et revue par M. SIMON.

Quelles sont les indications de la trachéotomie ? La trachéotomie est une opération qui a pour but de créer une voie artificielle à l'air quand les voies naturelles supérieures sont obstruées. Elle est donc indiquée dans tous les cas où il y a *obstacle mécanique* au passage de l'air, obstacle siégeant dans le larynx et susceptible d'entraîner la mort par asphyxie. C'est un moyen d'ordre mécanique destiné à combattre une asphyxie d'origine mécanique. C'est donc dans les signes fournis par l'obstacle à l'entrée de l'air que l'on doit puiser les indications de l'intervention : dyspnée croissante, tirage sus-ternal et diaphragmatique, accès de suffocation, pâleur de la face, etc.

Si, comme dans le croup des adultes et dans le croup infectieux, il n'y a ni dyspnée, ni tirage, il est évident qu'il ne faut pas opérer. A quoi servirait la trachéotomie, dans ces cas, puisque l'asphyxie est due non pas à la difficulté de l'entrée de l'air, mais à l'empoisonnement du sang ? S'il s'agit d'une diphthérie toxique ou généralisée, de croups suites de rougeole ou de scarlatine, l'opération n'est pas *commandée,* car, opérés ou non, les petits malades sont voués à une mort à peu près certaine. Cependant, on a vu des cas de guérison dans les conditions les plus défavorables, aussi l'on doit dire que, même dans les cas désespérés, on peut tenter l'opération, si la famille la réclame, et s'il existe un tirage assez accentué, car elle n'aggrave pas le pronostic et c'est une dernière chance offerte au malade. En un mot, quelle que soit la gravité de l'état du diphthérique, elle ne constitue pas une contre-indication absolue de la trachéotomie, si les phénomènes laryngés menacent par eux-mêmes la vie à bref délai.

A quel moment doit-on opérer ? D'une façon générale, il faut opérer à la fin de la deuxième période, quand l'asphyxie commence. Je sais combien cette donnée, qui repose sur une division artificielle du croup en trois périodes, est vague et combien il est difficile d'en faire l'application en clinique. Aussi je précise : Ce n'est pas sur les accès de suffocation, mais sur le tirage que vous devrez vous baser pour juger du degré de l'obstacle à l'entrée de l'air. Quand le tirage existe d'une façon continue, et augmente progressivement, c'est l'indice que l'asphyxie menace ; opérez alors, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu d'accès de suffocation.

Voilà pour les cas que vous aurez suivis depuis le début et dont les différentes phases se seront déroulées sous vos yeux ; mais vous serez parfois appelés auprès de croups arrivés à la période ultime et dont l'asphyxie est déjà très avancée. Alors rappelez-vous qu'il n'est jamais trop tard, qu'il faut toujours tenter l'opération, même *in extremis*, le petit malade fût-il en état de mort apparente.

Je pourrais vous rapporter plusieurs cas de guérison, tirés de ma pratique, survenus chez des enfants opérés dans des conditions déplorables. Une consultation est restée célèbre, dans laquelle Gendrin (c'était au début de la vulgarisation de la trachéotomie par Trousseau et ses élèves) s'opposait à l'opération parce qu'il la croyait inutile, le malade étant voué à une mort certaine. Elle fut cependant pratiquée et l'enfant guérit.

Quelles sont les chances de succès ? D'une manière générale, les succès sont dans la proportion d'un sur cinq ; cette moyenne repose sur une statistique de plusieurs milliers d'opérations. Mais les chances varient dans chaque cas particulier avec l'âge, l'état de santé habituel, la position sociale ou plutôt les conditions hygiéniques du malade, le traitement antérieur, l'évolution de la maladie dans laquelle le croup s'est développé, et surtout les soins consécutifs.

Au-dessous de deux ans, les chances sont bien minimes ; cependant on cite des succès à 17, 18, 16, 15 et même 13 mois ; ce sont d'heureuses exceptions dont il ne faut, pour ainsi dire, pas tenir compte. C'est de quatre à sept ans que les chances sont les meilleures pour la trachéotomie. Un enfant habituellement bien portant offrira plus de résistance qu'un petit être chétif et mal nourri, comme sont beaucoup de ceux qui fréquentent nos hôpitaux. De même le croupeux soigné en ville n'est pas exposé, comme celui de l'hôpital, à contracter ensuite soit une fièvre éruptive, soit la coqueluche, complications qui assombrissent notablement le pronostic. L'influence du traitement antérieur est aujourd'hui moins grande qu'autrefois, lorsque les émissions sanguines, les vésicatoires, les mercuriaux, les préparations opiacées, les purgatifs, étaient administrés au plus grand préjudice du patient. Cependant on voit encore quelquefois des cas où, sans aller jusqu'aux excès de l'ancienne pratique, on a néanmoins trop déprimé les forces du malade par des vomitifs répétés. Les croups secondaires sont presque toujours mortels. Dans le croup succédant à l'angine, les chances sont d'autant plus favorables que la trachéotomie remédie davantage à l'asphyxie par obstacle. Enfin les soins consécutifs jouent un rôle d'une importance capitale, sur lequel j'insisterai longuement après avoir décrit le manuel opératoire.

On peut dire qu'il y a trois méthodes pour pratiquer la trachéotomie : un procédé lent, c'est celui de Trousseau ; un procédé rapide, c'est celui de Saint-Germain ; enfin un troisième qui est un procédé mixte, joignant la sûreté du premier à la rapidité du second, c'est le *procédé à l'index gauche*, comme j'ai l'habitude de l'appeler.

Sans entrer dans le détail des critiques qui ont été adressées à chacune de ces méthodes, je vous dirai que le procédé de Trousseau est impraticable, dans la grande majorité des cas, parce qu'il est trop long, expose aux hémorrhagies et demande, pour atteindre le degré d'effi-

(1) Voir *Progr. Méd.*, n° 23, p. 455 et n° 25, p. 497.

*

cacité qu'il comporte, à être pratiqué très tôt, ce qui expose à trachéotomiser des enfants qui auraient pu peut-être parfaitement se passer de l'opération.

Quant au procédé en un temps, de Saint-Germain, il est très brillant et même excellent, quand on sait le pratiquer, mais il ne peut réussir qu'entre des mains habiles et expérimentées comme les siennes. On ne peut pas dire qu'il ne soit pas pratique. Il l'est, au contraire, au plus haut point; il est même classique, mais il demande de l'adresse et de l'habitude et deviendrait dangereux entre des mains qui prétendraient remplacer ces qualités par la seule audace.

Je vais vous décrire le procédé *dit à l'index gauche*, que j'ai coutume d'employer; c'est, d'ailleurs, celui dont se servent quotidiennement les internes de l'hôpital des Enfants-Malades. Il réunit les avantages des deux autres, sans en avoir les inconvénients, et il est d'une application facile. J'insisterai sur chaque point, car il n'y a pas, dans cette opération, de petit détail qui n'ait son importance.

Vous devez, tout d'abord, veiller aux préparatifs : La table sur laquelle l'enfant sera opéré devra être plutôt élevée que basse, étroite autant que possible, et bien d'aplomb; une table de salle à manger, dont les côtés se rabattent, remplit assez bien ces conditions.

Sur cette table, vous placerez un matelas aussi dur qu'il sera possible et analogue à celui que vous voyez dans notre salle d'opérations du pavillon de la diphthérie.

Le traversin devra être également dur. On le fait en enroulant, soit un drap, soit un oreiller autour d'une bûche ou d'une bouteille, ou bien en comprimant fortement, à l'aide d'une bande roulée, un traversin ordinaire.

L'éclairage mérite une mention toute spéciale; suivant l'expression de mon ami de Saint-Germain, il faut une *véritable illumination.* Faites allumer les lampes et les bougies de la suspension de la salle à manger, qui se trouvera ainsi au-dessus de la table d'opération; faites placer des lampes sur les meubles voisins, mais surtout ayez soin d'avoir, à portée de votre main, une bougie, ou mieux, un rat de cave, dont vous pourrez avoir le plus pressant besoin. Sans ce surcroît d'éclairage, la défaillance d'une source de lumière ou la pamoison du père de famille, qui s'est chargé de vous tenir la lampe peut vous plonger tout à coup dans les ténèbres au moment critique.

Si vous opérez le jour, placez la table près d'une fenêtre dépourvue de ses rideaux, les pieds de l'enfant seront tournés du côté de la fenêtre, et la table sera dirigée obliquement de telle sorte que la lumière arrive sur le cou du patient, un peu obliquement, de gauche à droite.

Trois aides au moins sont nécessaires : un pour la tête, un pour les membres supérieurs, un troisième pour les membres inférieurs. Quand vous pourrez disposer d'un quatrième, vous le chargerez de veiller à l'éclairage. Ne choisissez pas pour cette mission l'aide le plus impressionnable.

Comme instruments, vous choisirez d'abord deux canules de numéros différents : l'une en rapport avec l'âge de l'enfant, l'autre d'un numéro au-dessus. Les canules que vous devez employer sont celles de Luër, à pavillon mobile, et de préférence celles où le cordon s'attache à la plaque même. Ces canules sont numérotées suivant l'âge du sujet. Voici les calibres qui conviennent à chaque âge :

Le numéro 00 jusqu'à 15 mois;
— 0 jusqu'à 2 ans;
— 1 de 2 à 4 ans;
— 2 de 4 à 6 ans;
— 3 au-dessus de 6 ans.

Ces données reposent sur des moyennes; mais il y a de grandes différences suivant chaque individu; c'est pourquoi on doit placer deux canules de numéros différents à portée de la main, et il faut toujours essayer de placer celle qui est la plus forte.

Vous attacherez aux deux trous de la plaque un ruban de fil ou de coton, long de 10 à 15 cent. Puis vous recouvrirez la face postérieure de la plaque d'un morceau de taffetas gommé, plus large que la plaque elle-même et que vous aurez perforé pour laisser passer la canule.

Vous aurez aussi un bistouri droit et un bistouri boutonné. Le premier sera soit un bistouri droit ordinaire, soit et mieux un bistouri dit à trachéotomie, qui diffère du premier par sa lame plus courte et sa pointe moins effilée; quelle que soit sa forme, il devra être, autant que possible, fraîchement repassé et avoir un bon tranchant.

Joignez-y un dilatateur Trousseau à deux branches, et vous avez tous les instruments qui vous sont nécessaires. Ce n'est que par mesure de précaution et pour parer à des accidents possibles, mais très rares, que vous devez avoir aussi des érignes, du fil, des pinces hémostatiques, une sonde cannelée.

Tout cela est d'ailleurs en quelque sorte du luxe, car *avec un bistouri et une canule vous devez pouvoir mener à bien l'opération.* Le dilatateur même n'est pas indispensable, car vous devrez essayer d'abord d'introduire la canule directement sur le doigt, et ce n'est que quand vous n'aurez pas réussi que vous vous servirez de cet instrument.

Tout étant préparé, l'enfant mis à nu est enveloppé dans une couverture et apporté sur la table d'opération; vous y placez les instruments de telle sorte que vous les ayez bien sous la main dès que vous en aurez besoin. L'enfant est couché sur la table, le cou et les épaules reposant sur le traversin; un aide saisit la tête et l'immobilise complètement; un autre applique vigoureusement une main sur chaque épaule; le troisième maintient le ventre et les extrémités inférieures.

Placez-vous à droite du malade, saisissez le larynx entre le pouce et le médius de la main gauche, comme si vous vouliez l'énucléer et faire glisser vos doigts entre sa partie postérieure et la colonne vertébrale. Recherchez avec l'index gauche la partie inférieure du cartilage cricoïde; à partir de ce point, pratiquez sur la ligne médiane une incision de 1 centimètre et demi à 2 centimètres environ, qui intéresse toutes les parties molles situées en avant de la trachée. Ne vous préoccupez pas du sang; mettez l'index gauche dans la plaie; donnez un second coup de bistouri et même un troisième, s'il y a lieu, c'est-à-dire si vous n'avez pas du premier coup sectionné toutes les parties molles. Reconnaissez ensuite la trachée avec l'index gauche, puis incisez-la bien sur la ligne médiane dans la même étendue que la peau. Introduisez alors l'index gauche dans la plaie trachéale dont vous bouchez ainsi l'ouverture pour empêcher le sang d'y affluer, et vous servir de guide; saisissez de la main droite la canule, que vous glissez sur l'ongle de l'index gauche; ce dernier relève la lèvre droite de l'incision trachéale et vous substituez peu à peu la canule au doigt qui obture la trachée. Dans ce mouvement,

ayez soin de ne pas redresser trop tôt la canule, car elle glisserait dans le tissu cellulaire en avant de la trachée, mais dirigez-la horizontalement, comme si vous vouliez aller heurter la colonne vertébrale avec l'extrémité canulaire ; ne faites faire au pavillon de la canule un mouvement de bascule de bas en haut que quand vous sentirez une résistance qui vous empêche d'aller plus loin dans le sens horizontal.

Cette petite manœuvre bien faite réussit toujours, mais elle est délicate et demande une certaine habitude de la part de l'opérateur ; l'introduction de la canule est ainsi rapidement terminée. Si vous ne réussissez pas, ne faites pas inutilement plusieurs tentatives, car le sang tombe dans la trachée et l'asphyxie augmente ; placez le dilatateur et faites asseoir l'enfant, la tête portée en arrière, puis glissez la canule entre les branches écartées de l'instrument.

Une fois la canule dans la trachée, maintenez-la, pendant que l'aide, qui tenait la tête, attache les cordons en arrière du cou. Donnez ensuite un cordial à l'enfant, soit du café, soit un vin généreux, soit de l'eau-de-vie diluée, etc. Nettoyez rapidement son cou et appliquez une cravate de gaze ou de toile destinée à tamiser l'air qui doit traverser la canule. D'ordinaire, le tirage cesse, l'hémorrhagie, si elle existait, s'arrête et le petit malade éprouve un grand soulagement.

Tel est, rapidement esquissé, le tableau de cette opération, quand tout marche bien ; mais quelques complications peuvent survenir, et je dois vous en prévenir pour vous dire comment vous pourrez y remédier.

L'hémorrhagie, au lieu de s'arrêter dès que la canule est dans la trachée, persiste sous forme d'un suintement plus ou moins abondant ; glissez alors un peu d'amadou entre les bords de la plaie et la face postérieure de la plaque canulaire, de façon à exercer un peu de compression. Si l'écoulement sanguin continue et menace la vie du sujet par son abondance, ce qui est très rare, enlevez la canule et tâchez d'en introduire une plus volumineuse.

Quelquefois, la canule est bien dans la trachée et cependant le tirage persiste, l'enfant n'est pas soulagé ; de plus on perçoit un bruit canulaire tout spécial, sorte de bruit de drapeau plus ou moins rauque, c'est l'indice de fausses membranes obstruant la canule. Introduisez alors soit un écouvillon, soit, et mieux, une plume d'oie, ou faites tomber quelques gouttes d'eau tiède dans la canule, vous réveillerez ainsi des efforts de toux qui amèneront le rejet des fausses membranes.

La mort peut survenir par syncope pendant l'opération, aussi faut-il toujours avertir la famille de la possibilité de cet accident.

Contre la mort apparente, conséquence de l'asphyxie quand l'opération est faite trop tard ou a duré trop longtemps, la respiration artificielle, méthodiquement pratiquée, est la seule chose utile. On peut y joindre les stimulants, les excitants de la peau : frictions, flagellations sur tout le corps, faradisation au niveau de la région précordiale.

Pour ne pas vous décourager de ces efforts, rappelez-vous que cet état de mort apparente peut durer un temps très variable : dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure, une heure. J'ai vu des enfants renaître et respirer à nouveau après un laps de temps aussi long. Aussi, en pareil cas, doit-on faire la respiration artificielle pendant un quart d'heure, une demi-heure, voire même une heure ; c'est une ressource ultime qu'on doit épuiser jusqu'aux dernières limites dans l'intérêt de l'opéré, car elle donne lieu quelquefois à de véritables résurrections, et l'on ne pourra jamais considérer comme définitivement mort le malade sur lequel la respiration artificielle n'aura pas été prolongée au moins une heure.

Si les deux plaies, cutanée et trachéale, ne sont pas absolument parallèles, il en résulte parfois de l'emphysème, tantôt, et le plus souvent, limité au cou et à la face, tantôt, au contraire, se généralisant rapidement ; dans le premier cas, cet emphysème se dissipe spontanément dans les quelques heures qui suivent l'opération ; dans le second cas, il augmente la gêne respiratoire, et la seule ressource que l'on ait pour enrayer sa marche est d'appliquer la plus grosse canule possible, afin de créer une voie large à l'air et faciliter d'autant la respiration.

Contre la blessure de l'œsophage, accident heureusement des plus rares, qui se produit quand on a du même coup incisé les parois antérieure et postérieure de la trachée, il n'y a rien à faire. La mort survient ordinairement à bref délai ; les boissons, les liquides et le sang tombent dans les tubes aériens.

Les soins consécutifs sont des plus importants et entrent pour une large part dans les chances de succès. Ils doivent être locaux et généraux.

Auprès de l'enfant, vous placerez une personne expérimentée, capable de se rendre compte de la liberté de la canule interne, de l'enlever et de la nettoyer à l'aide d'un écouvillon ou d'une plume d'oie chaque fois qu'elle sera obstruée par des fausses membranes ou par des mucosités. C'est en moyenne toutes les heures ou toutes les deux heures que cette petite manœuvre devra être répétée, mais on ne peut établir de règle fixe à cet égard ; cela dépend de la sécrétion plus ou moins abondante dont la trachée est le siège.

Vingt-quatre heures après l'opération, aura lieu le premier pansement ; la canule tout entière est enlevée et on laisse l'enfant ainsi quelques instants, pendant lesquels on lave la plaie ; au moment où la canule est enlevée, il y a quelquefois un moment d'oppression et d'angoisse extrêmes, qui disparaît dès que la canule est replacée.

La température de la chambre doit être de 16° à 17° ; on y fera des pulvérisations d'eau chargée de thymol, ou bien on maintiendra en ébullition permanente de l'eau afin que le malade soit toujours entouré de vapeur d'eau chaude.

Insistez sur l'alimentation sous toutes ses formes ; viandes, chocolat, vin, eau-de-vie, ajoutez-y des toniques et des reconstituants, tels que le quinquina et le perchlorure de fer. C'est là un point capital : un trachéotomisé, qui s'alimente bien, réunit les meilleures conditions pour guérir. Si la répulsion de l'enfant est absolue, quelle qu'en soit la cause : douleur ou entêtement, n'hésitez pas, nourrissez-le à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge introduite dans l'estomac par la voie nasale. Les trachéotomisés qui ne s'alimentent point, succombent fatalement.

Chaque jour le pansement est renouvelé et chaque fois on essaie de laisser l'enfant sans canule, d'abord quelques minutes seulement, puis progressivement un temps plus long les jours suivants. Vous tâtonnez ainsi pour savoir quel est le degré de liberté du conduit laryngo-trachéal, jusqu'au jour où vous pourrez enlever définitivement la canule, ce qui est possible en moyenne vers le cinquième ou septième jour. Cette suppression complète peut n'avoir lieu qu'après deux, trois semaines,

plusieurs mois, un an même, parfois plusieurs années. J'ai vu l'année dernière un enfant venant du centre de la France qui ne voulait pas se passer de canule depuis plus de trois mois. La frayeur qu'il éprouvait à chaque pansement tenait à ce qu'une des tentatives faites pour ôter définitivement la canule avait été suivie de manœuvres longues et pénibles pour la replacer. On me l'amena à l'hôpital. Mon interne se constitua son gardien à poste fixe, et l'enfant, ainsi entouré de soins, complètement rassuré, se laissa enlever sa canule sans la moindre difficulté. Il n'eut plus de spasmes par la suite et put se passer définitivement de canule.

Quand l'obligation de garder la canule s'impose au delà de huit à dix jours, faites usage de celle qui est ouverte par le haut, ou remplacez l'ancienne par une série de canules de plus en plus petites, mais ayant une soudure au pavillon assez volumineuse pour maintenir l'écartement primitif des lèvres de la plaie; vous arriverez ainsi, petit à petit, dans l'immense majorité des cas, à accoutumer le larynx à son fonctionnement respiratoire sans le secours d'aucune canule.

Il est un accident assez rare pour lequel j'ai été quelquefois consulté en province. C'est celui de l'écoulement des aliments liquides par la plaie trachéale. Certains trachéotomisés rendent les boissons et les liquides alimentaires par cette voie anormale ; comment expliquer le fait et comment y remédier ? D'abord, vous ne devez pas songer à la communication accidentelle de l'œsophage et de la trachée, puisque la vie est bientôt incompatible avec un accident de ce genre. Il faut en rechercher la raison dans la fermeture incomplète de la glotte au moment du passage des liquides ou d'aliments trop fluides.

Donnez aux opérés le minimum de boissons et des aliments compacts sous forme de purées épaisses. Petit à petit tout rentrera dans l'ordre.

Cette inocclusion de la glotte est évidemment un état paralytique momentané ; vous ne le confondrez pas avec la paralysie diphthéritique, portant surtout sur le voile du palais et qui se rencontre assez souvent dans la convalescence des angines diphthéritiques et des croups. Cette dernière sera combattue par la strychnine, l'électricité et les toniques.

Circulaire relative a la perception des droits. *Etudiants en médecine et en pharmacie. Boursiers.* — Des divergences d'interprétation viennent de se produire dans les Facultés des sciences et des lettres en ce qui concerne l'exécution de la loi du 26 février 1887 (art. 1er, § 3 et 4). On a constaté que, dans plusieurs de ces établissements, les étudiants en droit, en médecine et en pharmacie avaient été soumis au droit de bibliothèque; dans d'autres, ils ont été considérés comme non passibles de cette rétribution. M. le Ministre informe les Doyens des Facultés que l'interprétation de la loi précitée doit être la suivante : Les étudiants en droit qui se font inscrire dans les Facultés des lettres n'ont à acquitter aucun droit d'inscription ni de bibliothèque, de même les étudiants en médecine et en pharmacie qui se feront inscrire dans les Facultés des sciences. Ceux d'entre eux qui sont déjà pourvus de quatre inscriptions ne seront donc tenus, pour se présenter aux grades de licenciés, que de verser les droits d'examen de certificat d'aptitude et de diplôme. L'attention du Ministre a été appelée, en outre, sur la situation des boursiers pourvus d'une nomination de maitre auxiliaire et sur les maitres répétiteurs mis en congé après avoir obtenu une bourse. Ils sont boursiers et doivent être traités comme tels ; ils ne peuvent bénéficier que des avantages accordés par la loi aux boursiers.

Pharmaciens-adjoints des hôpitaux de Lyon. — Le 8 août 1887 s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours pour la nomination de neuf pharmaciens-adjoints des hôpitaux de Lyon, appelés à faire le service des pharmaciens dans les établissements que l'Administration désignera, et des pharmaciens-adjoints suppléants, dont le nombre sera fixé au moment du concours.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'isolement des maladies contagieuses.

L'année dernière (1), nous avons dit quelques mots d'un rapport de M. Chautemps sur l'isolement des maladies contagieuses et sur les diverses solutions que ce problème comporte dans l'état actuel de la science et des finances municipales. Nous allons compléter ces renseignements par l'étude sommaire d'un nouveau Rapport de M. Chautemps plus complet que le premier (2).

Relativement à la question de l'isolement des *varioleux*, sur laquelle nous avions insisté, l'étude des *cas intérieurs* observés à St-Antoine et à St-Louis conduit à la nécessité d'une mesure radicale, la suppression définitive des pavillons d'isolement de ces deux hôpitaux.

En effet, le voisinage des autres pavillons réservés aux malades ordinaires et la quasi-impossibilité d'isoler le personnel médical et administratif du service des varioleux rendaient illusoire toute tentative d'isolement absolu (*fig.* 42). M. Chautemps conclut donc à la création de deux hôpitaux séparés, exclusivement réservés aux varioleux. Ces hôpitaux, qui seraient petits et peu coûteux, devraient être construits en dehors de l'enceinte fortifiée, au nord-est et au sud de Paris, et contiendraient chacun 70 lits en temps normal. Cette disponibilité de 140 lits pouvant, en temps d'épidémie, devenir insuffisante, des surfaces seraient choisies autour des pavillons permanents pour être affectées, en cas de besoin, à des baraquements temporaires, de manière à porter à 150 le nombre des lits de chaque hôpital. Le projet de la commission porte que ces surfaces seraient bitumées et la canalisation exécutée sur-le-champ ; les plans et les devis des baraquements devraient être dès aujourd'hui arrêtés. Si le nombre de 300 lits devenait à son tour insuffisant, des baraquements seraient construits à Créteil, sur l'un des terrains qu'y possède l'Assistance publique, et les varioleux y seraient transportés dès le début de leur convalescence, de manière à doubler le nombre des lits disponibles. Le plan du camp de la convalescence de Créteil serait dès maintenant arrêté et le sol immédiatement préparé. Cet hôpital de convalescence nous paraît d'une utilité douteuse. En effet, il existe à l'asile de convalescence de Vincennes — et peut-être en est-il de même à l'asile du Vésinet — un pavillon séparé des autres salles de convalescents et *destiné spécialement aux varioleux*.

Pour la construction de l'Hôpital-Nord des varioleux, la commission propose d'inviter M. le Directeur de l'Assistance publique à présenter au Conseil municipal un projet d'acquisition d'un terrain situé près la halte de Bobigny, route départementale n° 24 ; il est également invité à négocier l'acquisition d'un terrain situé au sud de Paris pour le second hôpital de varioleux projeté.

Telles sont les dernières résolutions de la 8e commission relativement à la question de l'isolement des varioleux. Nous n'avons pas d'objections sérieuses à

(1) *Progrès médical*, 19 juin et 9 oct. 1886. Voyez aussi : nos 20 et 23 de 1887 ; etc., etc.

(2) Conseil municipal de Paris 1887. Rapport au nom de la 8e Commission, etc.

faire valoir contre ce projet, étant donné que ni l'Administration, ni le Conseil municipal ne croient pas, contrairement à notre opinion, qu'il soit possible, par une bonne organisation du service des *vaccinations* et *revaccinations* de PRÉVENIR *les épidémies*. En attendant la réalisation du projet dont nous venons de parler, l'Administration vient de désaffecter les deux pavillons une première satisfaction aux vœux de la Commission sanitaire du Conseil municipal ; son empressement mérite d'être approuvé (*fig.* 43).

L'isolement de la *diphthérie* présente des difficultés plus grandes que l'isolement de la variole. On pourra s'en rendre compte en lisant la discussion soulevée au

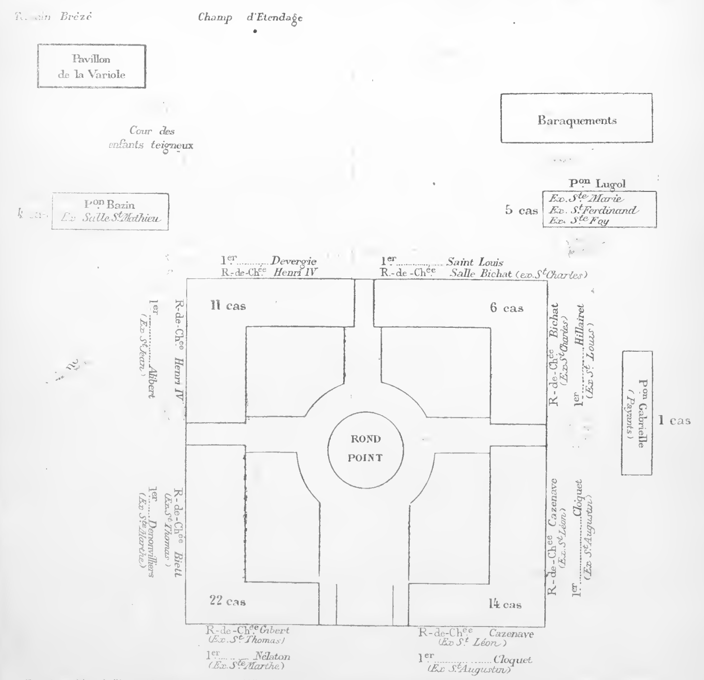


Fig. 43. — *Plan de l'hopital Saint-Louis.* — Les chiffres inscrits dans chacun des angles du bâtiment central indiquent le nombre des cas intérieurs qui se sont produits dans l'ensemble des salles aboutissant à cet angle. De même des chiffres indiquent les cas qui se sont manifestés dans les pavillons Bazin, Lugol et Gabrielle.

de varioleux de St-Louis et de St-Antoine et d'ouvrir, à la porte d'Aubervilliers, un service unique sur lequel doivent être dirigés tous les varioleux de Paris. Provisoirement, les malades atteints de rougeole et de scarlatine doivent prendre la place des varioleux, à l'hôpital St-Antoine (1).

En agissant ainsi, l'Administration a voulu donner

(1) Circulaire toute récente du Directeur de l'Assistance publique.

sein de la Commission d'hygiène hospitalière par M. le Directeur de l'Assistance publique (1). Voici quelques objections émises par les membres de cette Commission : Si l'on crée un hôpital d'isolement pour la diphthérie à une certaine distance de Paris, les enfants peuvent mourir pendant le trajet.

D'autre part, les familles hésiteront à envoyer leurs

(1) Séance du 19 janvier 1887.

enfants au loin, alors qu'elles ont déjà beaucoup de peine à consentir à leur transport à l'hôpital des Enfants-Malades ou à l'hôpital Trousseau. La création d'un hôpital de la diphthérie n'entraînera donc pas la suppression des deux pavillons d'isolement des hôpitaux d'enfants. Elle préviendra seulement l'encombrement de ces pavillons.

Quoiqu'il en soit, la Commission municipale invite

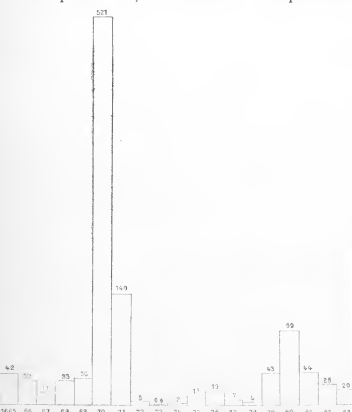


Fig. 43. — Diagramme des décès par la *Variole* de 1865 à 1883. Les chiffres marqués en haut indiquent combien de décès par variole pour 100.000 habitants pendant l'année correspondante.

l'Administration à construire un hôpital de la diphthérie à Bicêtre, sur le terrain du domaine hospitalier qui est situé autour de l'ancien puisard de Bicêtre. Cet hôpital comprendra 80 lits. Un second hôpital de 80 lits, pour la rougeole, sera construit à Ivry, sur les terrains du domaine de l'Assistance publique qui sont situés au nord et le long de la ligne du chemin de fer d'Orléans, au niveau de l'hospice de la Vieillesse.

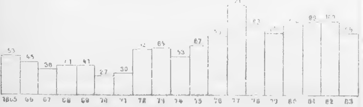


Fig. 44. — Diagramme de la *Diphthérie* de 1865 à 1883. Les chiffres marqués en haut de chaque colonne indiquent combien de décès par diphthérie pour 100,000 habitants pendant l'année correspondante.

Seront traités dans ces deux hôpitaux tous les rubéoleux et tous les diphtéritiques capables de supporter un trajet d'une demi-heure ou une heure en voiture; les enfants non transportables seront seuls retenus dans les hôpitaux d'enfants situés à l'intérieur de Paris. Cette solution mixte répond à une des objections de la Commission d'hygiène des hôpitaux (*fig.* 44).

Voici un autre vœu de la Commission qui mérite d'être pris en considération, mais qui n'est malheureusement pas prochainement réalisable: Dès que l'Assistance publique pourra rentrer en possession des immeubles lui appartenant et qui limitent l'hôpital Trousseau du côté du faubourg St-Antoine, des pavillons spéciaux seront construits sur l'emplacement de ces immeubles pour la *diphthérie*, la *rougeole*, la *scarlatine* (*fig.* 45) et la

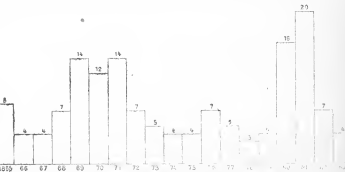


Fig. 45. — Diagramme de la *Scarlatine* de 1865 à 1883. Les chiffres marqués en haut de chaque colonne indiquent combien de décès par scarlatine pour 100,000 habitants pendant l'année correspondante,

coqueluche (*fig.* 46), ainsi qu'un pavillon pour la consultation externe; le pavillon de la consultation sera construit de telle sorte que les enfants atteints ou soupçonnés de maladies contagieuses, au lieu d'attendre dans la salle commune, soient répartis aussitôt, par les soins d'un interne placé à l'entrée, dans des salles spéciales.

La rougeole et la diphthérie, dont le diagnostic est souvent difficile au début, réclament chacune deux petits pavillons réservés, l'un aux cas incertains, l'autre aux cas urgents et non transportables à Ivry ou à Bicêtre. Enfin, des mesures identiques seront prises à l'hôpital des Enfants-Malades dès que l'Assistance publique aura pris possession des immeubles récemment acquis le long de la rue du Cherche-Midi et du boulevard Montparnasse.

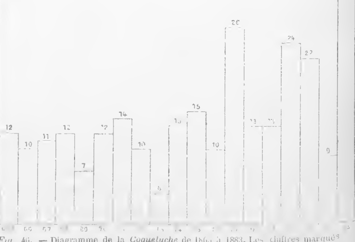


Fig 46. — Diagramme de la *Coqueluche* de 1865 à 1883. Les chiffres marqués en haut de chaque colonne indiquent combien de décès par *Coqueluche* pour 100,000 habitants pendant l'année correspondante.

Mais comme il est impossible d'attendre ces éventualités assez lointaines, la Commission est d'avis d'installer provisoirement, dans les jardins des deux hôpitaux d'enfants, quatre baraques démontables, à raison de deux par hôpital : l'une de 30 lits pour la rougeole; l'autre de 20 lits pour la scarlatine.

M. le directeur de l'Assistance publique est invité à

présenter, dans le plus bref délai, au Conseil municipal, les plans et devis relatifs à la construction des quatre hôpitaux extérieurs; la dépense ne devra pas dépasser 3.000 francs par lit; soit, pour 300 lits (2 hôpitaux de 70 lits, 2 de 80 lits), 900.000 francs. La partie des fonds de l'emprunt de la ville de Paris, destinée à l'Assistance publique, couvrira les dépenses qui seront faites pour l'achat des deux terrains de la variole, la construction des quatre hôpitaux d'isolement et des quatre baraques démontables. Toutes ces dépenses sont évaluées à la somme de 1.100.000 francs. Il n'est pas dans notre rôle de discuter l'économie de ce projet; ce qui nous touche, c'est le côté hygiénique et médical. Nous avouons sincèrement que, si l'isolement est réalisé d'une façon satisfaisante dans les hôpitaux de Paris, pour 1.100.000 francs, ce n'est pas cher, et la Commission municipale a droit à toutes nos félicitations. Mais la réalisation du projet et le fonctionnement des services qu'il comporte peuvent seuls nous édifier complètement. L'intéressant rapport de M. Chautemps agite nombre d'autres questions connexes de l'isolement hospitalier, entre autres la direction des vents à Paris, etc. (*fig.* 47). Il ne nous est pas possible de les discuter dans tous leurs

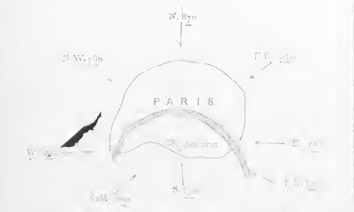


Fig. 47. — Cette figure indique la *direction des vents*; les chiffres soulignés indiquent la richesse moyenne de l'atmosphère en bactéries, d'après les analyses de l'observatoire de Montsouris. Cette figure et les précédentes sont empruntées au rapport de M. Chautemps.

détails. Nous nous contenterons d'appeler l'attention du lecteur sur le transport des malades atteints de maladies contagieuses et sur les mesures de désinfection à adopter.

La Préfecture de police sera le centre des informations relatives au transport des contagieux. Deux dépôts de voitures d'ambulance seront établis, l'un sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche. Deux stations de désinfection seront également installées, l'une au nord, l'autre au sud de Paris. D'après M. Chautemps, 24 voitures d'ambulance suffiront, 12 par dépôt; soit, dans chaque dépôt, 2 voitures pour chacune des maladies suivantes : variole, diphthérie, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, et 2 autres pour les autres affections transmissibles ou suspectes : coqueluche, érysipèle, etc. Une voiture affectée spécialement à une maladie ne devra, en aucun cas, servir pour une autre affection. Pour mieux assurer cette spécialisation, le dépôt sera divisé en six remises distinctes. Toutefois, s'il arrivait que l'on dût pourvoir aux besoins d'une épidémie (choléra), une seule voiture serait momentanément réservée à chaque catégorie de malades, et l'on aurait ainsi, dans chaque dépôt, une disponibilité de six voitures.

Quel que soit le prix de revient de ces dépôts, on ne le regretterait pas, si la mesure projetée devait supprimer le transfert en voiture de place ou même en omnibus, de tous les contagieux, qui, jusqu'à présent, sont restés une menace permanente pour la santé publique. Tout étudiant qui se rend, le matin, en omnibus, à l'hôpital des enfants, peut se rendre compte des dangers que font courir à notre population infantile les petits sujets contagieux que leurs parents pauvres mènent à la consultation par le seul moyen de locomotion qui soit à leur portée. Il est bien vrai que les commissaires de police ont des instructions pour faire transporter à l'hôpital, dans des voitures spéciales, les malades atteints d'affections contagieuses. Mais, outre que ce fait n'est pas très connu du public, les malades doivent se présenter au commissariat munis d'un *diagnostic* avec signature du médecin. Cette formalité, jointe à l'absence de publicité suffisante et peut-être aussi à l'imperfection du service, expliquent sans doute l'insuccès de cette mesure préservatrice. Le rapport de M. Chautemps contient des instructions sur les moyens de désinfection et sur les meilleurs antiseptiques à employer. Il agite également la question de l'isolement des teigneux, sur laquelle le *Progrès médical* a déjà formulé nettement son opinion en contestant l'utilité d'un *hôpital unique* (1). En somme, c'est un rapport très complet et très utile à consulter. Nous espérons qu'il ne restera pas tout à fait à l'état de lettre morte.

Les mesures proposées visent surtout la population indigente qui s'y soumettra sans résistance. Mais les malades de la classe aisée constituent également, quand ils sont atteints d'une affection contagieuse, un danger pour la santé publique. Il est probable que les malades de cette catégorie ne se soumettront jamais à l'isolement hospitalier que la ville de Paris leur offre. Il y a là une véritable lacune, dont il faudra s'occuper tôt ou tard. Heureusement pour les finances municipales, cette lacune peut être comblée sans bourse délier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 *juin* 1887. — Présidence de M. Janssen.

M. Cornil étudie les *grands kystes sarcomateux du petit bassin.* Dans l'observation qu'il communique, les formations kystiques étaient prédominantes et le tissu sarcomateux qui constituait leur paroi était disposé en couche mince et friable. La surface intérieure des kystes n'est pas tapissée par un revêtement épithélial, ce qui différencie absolument les grands kystes sarcomateux d'avec les kystes ovariques ou paraovariques. Il ne s'agit point, dans le cas particulier, des lacunes irrégulières, remplies de sang ou de sérosité, creusées au milieu d'une tumeur unique et massive, comme dans les sarcomes ordinaires; il s'agit, au contraire, d'une quantité de sarcomes étalés en membranes kystiques minces constituant des tumeurs kystiques multiples, et semés dans tout le tissu cellulaire sous péritonéal du petit bassin. Ces kystes ne se développent pas dans des organes glandulaires.

(1) L'organisation actuelle est beaucoup mieux en harmonie avec les besoins matériels de l'hygiène et des familles. (*Pr. méd.*, 1886, p. 654).

M. H. Leloir résume ses *recherches sur la nature et l'anatomie pathologique de la leucoplasie buccale (psoriasis buccal)*. Cette affection, hyperkératinisante au début, tenu à se dékératiniser sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles l'irritation secondaire à la production des fissures et des exulcérations joue un rôle important. Cette irritation amène aussi parfois la production de saillies papillomateuses qui dégénèrent facilement en épithélioma. C'est pourquoi, au début surtout, les agents dékératinisants, l'acide salicylique en particulier, sont indiqués dans le traitement local de cette affection. Les crevasses, une fois produites, on s'efforcera de les faire cicatriser au moyen de topiques appropriés.

M. Dareste a fait des *recherches sur les bœufs à tête de bouledogue* qui naissent parfois dans nos races européennes. Les caractères ostéologiques de ces animaux se rapprochent de ceux des bœufs natos de l'Amérique du Sud.

M. Fokker (de Groningue) décrit *les fermentations qui se produisent grâce à la présence d'un protoplasme d'un animal récemment tué*. Les fermentations que, depuis les expériences de M. Pasteur, on attribue généralement aux microbes, se produisent également par le protoplasme d'un tissu normal. Un morceau de tissu quelconque, foie, rate, muscle ou sang, pris avec toutes les précautions nécessaires chez un animal récemment tué, peut, dans un milieu stérilisé, convertir le sucre en acide, l'amidon en glucose, sans la présence de microbes. La seule différence qui existe entre l'action du protoplasme et celle des microbes est donc une différence de quantité: cette différence tient à l'aptitude du microbe à se multiplier. La fermentation est bien un phénomène vital, comme le pense Pasteur; mais il faut étendre l'idée de vie et ne pas la limiter aux seuls microbes.

M. Marey montre des *figures en relief représentant les attitudes successives d'un pigeon pendant le vol:* ces figures peuvent être disposées sur un zootrope.

M. Duclaux étudie la *composition des beurres de diverses provenances*. C'est le beurre d'Isigny qui a la plus grande uniformité de constitution.

M. Marey, doyen de la section de médecine et chirurgie, présente la liste suivante de candidats à la succession de M. Gosselin: En 1re ligne, M. Verneuil; — En 2e ligne, *ex æquo*, MM. Cornil, Guyon, Lannelongue, Trélat.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 juin 1887. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Bloch a repris les expériences de M. Charpentier sur l'appréciation du temps par la rétine et est arrivé à des résultats sensiblement analogues à ceux obtenus par cet auteur.

M. Ch. Féré rappelle que certaines personnes ne peuvent voir le sang couler sans se trouver mal; ces hématophobes sont affectés tantôt par la vue de leur propre sang, tantôt par la vue du sang d'autrui ou de celui d'un animal. L'auteur a observé un cas particulier. Il s'agit d'un hystérique de 40 ans qui a dû se faire saigner autrefois pour une pneumonie. Or, chaque fois qu'on passe légèrement le doigt sur l'ancienne cicatrice de la saignée il survient une syncope. Quelle peut bien être la pathogénie de cet accident?

M. Laborde estime qu'il s'agit là d'un point analogue à ceux dont la pression produit par réflexe l'attaque d'épilepsie.

M. Chouppe a cherché comment s'établissait la tolérance par la strychnine. Pendant près d'un mois il a pratiqué des injections sous-cutanées du médicament à un chien vigoureux, mais, passé 2 milligrammes, lorsqu'il voulut augmenter la dose, il survint des convulsions qui faillirent tuer l'animal. En somme, au bout d'un mois, l'accoutumance ne s'était pas encore établie; ce fait doit rendre circonspects les médecins qui ordonnent la strychnine à doses trop élevées.

M. Brown-Séquard a rapporté, il y a longtemps, des faits analogues: il pense cependant que bien que l'accoutumance ne s'établisse guère, on est autorisé à manier plus largement la strychnine qu'on ne le fait généralement; on obtient parfois de cette façon des résultats excellents dans toute une catégorie de paralysies organiques.

M. Brown-Séquard montre des tracés confirmatifs des opinions qu'il a aussi sur les *mouvements des muscles après la mort*. Il rappelle qu'il y a d'abord raccourcissement puis allongement. Deux facteurs peuvent seuls faire varier ces phénomènes: le tiraillement et la température. Tous les deux produisent une lenteur extrême dans le raccourcissement: tous ces phénomènes sont dus à des modifications chimiques qui se passent dans l'intérieur des tissus et sont encore mal connues.

M. Dastre étudie l'influence de la bile sur la digestion stomacale. Riggieri a réuni une fistule cholécysto-gastrique faisant ainsi communiquer la vésicule biliaire avec l'estomac Il est arrivé ainsi à des conclusions que l'auteur a déjà formulées devant la Société en 1880 et 1883 et qui peuvent se résumer ainsi. 1° L'introduction de la bile dans l'estomac n'apporte aucun trouble dans les fonctions digestives; 2° lorsqu'on introduit dans l'estomac d'un chien porteur d'une fistule biliaire de la bile en nature l'amaigrissement n'a pas lieu; 3° la bile n'a aucune action sur les matières grasses; toutefois l'auteur se réserve de revenir sur ce dernier point n'ayant pu encore réunir à sa pleine satisfaction une fistule cholécysto-intestinale.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin 1887. — Présidence de M. Sappey.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. Votants: 78. Majorité, 40. Au premier tour de scrutin, M. Marty est élu par 47 voix, contre M. Moinau, 31.

M. le secrétaire perpétuel lit une note par laquelle M. Tommasi déclare qu'il n'a ni signé, ni envoyé la lettre lue par M. Peter dans une précédente séance, relativement aux expériences contradictoires sur la rage.

M. A. Ollivier fait une communication *sur le chien et les kystes hydatiques chez l'homme*. Le nombre des kystes hydatiques dans un pays est directement proportionnel à celui des chiens. Il est donc important d'insister sur le rôle pathologique de ces animaux et sur les précautions à prendre pour éviter ce qui est un inconvénient et un danger. La pénétration des œufs du tœnia a lieu d'habitude par les voies digestives; elle se fait au moyen des aliments solides ou liquides. S'il est souvent hors de notre pouvoir de supprimer radicalement les kystes hydatiques, on réussirait peut-être, avec un peu de soin et de méthode, à en diminuer le nombre. Les deux facteurs qui favorisent le développement sont: 1° La malpropreté et l'incurie dans le choix et la préparation des aliments et des boissons; 2° Une manière de vivre dans laquelle il existe des communications trop étroites entre les chiens et l'homme.

M. Brouardel prend la parole, à l'occasion de la *discussion sur le surmenage intellectuel* et pense que l'étiolement physique et intellectuel qui atteint une partie des élèves de l'enseignement secondaire de nos lycées, n'a pas seulement pour cause le surmenage intellectuel et la sédentarité, mais aussi le séjour dans les grandes villes.

L'étiolement intellectuel et l'inaptitude génériquc sont les deux caractères prédominants de l'enfance des grandes villes. Les facteurs qui concourent à ce triste résultat sont multiples. Pour lutter contre l'étiolement, il faut, autant que possible, éviter les grands internats. L'encombrement qui en résulte place les enfants des ouvriers dans les conditions les plus facheuses. M. Brouardel se déclare être d'accord avec la Commission académique, mais ajoute la proposition suivante: Le séjour des adolescents dans les grandes villes, leur internat dans les grands établissements d'enseignement, les exposent à des arrêts de développement physiques et intellectuels. Il y a utilité, par suite, à placer ces établissements loin du centre des grandes villes,

à faire aux exercices du corps, en plein air, une large part, presque égale au temps d'études, à veiller à ce que chaque année ceux des élèves à qui leur famille ne peut assurer, pendant les vacances, un séjour à la campagne, puissent y être conduits, au grand bénéfice de leur développement physique et intellectuel.

M. L. Le Fort manifeste le désir qu'au lieu de maintenir les enfants toute la journée dans les classes de la campagne, on ne les garde que juste le temps nécessaire à leur instruction.

M. Rochard propose d'ajouter les considérations suivantes aux conclusions de la commission : 1° La durée des classes et des études, le temps exigé pour les devoirs et les leçons seront abaissés de telle manière que le travail intellectuel ne dépassera pas huit heures par jour pour les élèves les plus âgés; 2° Le temps consacré aux récréations et aux exercices du corps sera augmenté ; ces derniers deviendront obligatoires et entreront comme éléments, comme épreuves éliminatoires dans les examens et les concours, avec des coefficients suffisants pour que les candidats aient intérêt à s'y livrer et à s'y rendre habiles; 3° Les lycées, où les élèves sont internes, seront transportés hors de l'enceinte des grandes villes et on n'y conserverait que des externats.

L'Académie se constitue en comité secret à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les travaux des candidats au titre de membre correspondant.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séances de décembre 1886.— Présidence de M. Cornil.

8. Tumeurs mélaniques de la peau.—Tumeurs et infiltration mélaniques des divers organes profonds, y compris les capsules surrénales. — Mélanodermie. — Mort et Autopsie ; par Panné, interne des hôpitaux.

L'observation qui va suivre nous a paru, par ses particularités cliniques et microscopiques, présenter assez d'intérêt pour justifier les longs détails avec lesquels nous la rapporterons. Au point de vue clinique, elle se distingue du plus grand nombre des cas de mélanose étudiés jusqu'ici sous le nom de *mélanodermie.* D'un autre côté, les altérations anatomo-pathologiques des organes internes se montrent sur plusieurs points à une période d'évolution peu avancée, et peuvent être étudiées dans leur début. Enfin, grâce au concours de notre collègue Marfan, l'observation sera complétée par une étude microscopique détaillée des organes atteints.

G... Jeanne, âgée de 57 ans, entre le 27 octobre 1886 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Moutard-Martin (suppléé alors par M. le Dr Faisans), salle Sainte-Monique, lit n° 4.

Etat de santé antérieure. — La malade raconte qu'elle a eu habituellement une bonne santé ; elle ne peut fournir aucun détail sur la nature des maladies qui ont emporté son père et sa mère. Elle fait remonter le début de ses accidents à un an, c'est-à-dire à peu près au mois de *novembre* 1885. Du reste, les renseignements qu'elle avait pu nous donner sur le début de sa maladie étaient, à cause de l'époque déjà éloignée de celui-ci, très confus et très peu complets. Mais elle avait été soignée au mois de mai 1886 à Saint-Antoine dans le service de M. Dieulafoy. Nous devons à l'obligeance de l'interne de ce service, M. Legrand, les renseignements suivants concernant son état à cette période de sa maladie :

Elle entra dans le service de M. Dieulafoy en *mai* 1886, et y resta 2 mois. Elle se plaignait alors surtout de *gêne respiratoire*, de dyspnée habituelle, et était prise de temps en temps de crises d'étouffement. Elle avait une *petite toux sèche, saccadée.* Cette toux, quelquefois, devenait quinteuse, et offrait de grandes analogies avec la *toux coqueluchoïde.* L'expectoration était peu abondante, 30 à 40 grammes par jour. Elle était nettement *pigmentée, d'une couleur brun-noir* ; au microscope, on trouvait en grande abondance dans ce produit des granulations arrondies ou ovales tout à fait semblables à celles de l'épiderme du nègre. La percussion ne permettait pas de délimiter les ganglions péri-trachéo-bronchiques probablement hypertrophiés ; l'auscultation ne donnait aucun signe remarquable.

La coloration des téguments attirait l'attention.

La figure, le cou, les mains avaient une teinte noirâtre : au visage, cette couleur se montrait par plaques distinctes, et était beaucoup plus accentuée d'un côté de la face ; aux mains, on remarquait les mêmes plaques noires limitées par des bords festonnés. La mélanodermie, en un mot, était *localisée aux parties découvertes, elle n'était pas uniforme sur ces parties, mais circonscrite en plaques ; enfin la teinte n'était pas très foncée.*

Une autre particularité non moins remarquée était la présence de plusieurs tumeurs mélaniques dans l'épaisseur du derme. La plus volumineuse, large comme une pièce de 2 francs, était une plaque noire enchâssée dans la peau de l'épaule gauche. Les autres ne dépassaient guère le volume d'un pois ; elles siégeaient, une sur la joue gauche, une seconde sur la joue droite, une autre sur la partie antérieure du thorax, une dernière à la cuisse droite. C'était la tumeur de l'épaule dont la malade s'était aperçue en premier lieu.

A cette époque, les ganglions ne paraissaient pas atteints, sinon les sous-maxillaires, légèrement augmentés de volume.

Il n'y avait encore dans le tissu cellulaire sous-cutané aucune tumeur mélanique.

Pas de troubles digestifs importants, rien de notable du côté du cœur. Santé générale assez bien conservée.

Le diagnostic porté fut *mélanose*, ayant débuté par un organe profond, donnant lieu à l'adénopathie trachéo-bronchique. La teinte bronzée des téguments fit penser qu'il pouvait y avoir envahissement des capsules surrénales. La plaque mélanique de l'épaule fut considérée comme la première manifestation cutanée.

Le traitement consista en administration d'*iodure de potassium.* Sous son influence, la malade se trouva mieux, et quand elle sortit de l'hôpital, au mois de juin, son oppression était beaucoup plus supportable.

Etat actuel (octobre 1886). Deux faits attirent tout d'abord l'attention : la *couleur des téguments* et l'existence de *tumeurs nombreuses saillantes à leur surface.* La figure a une teinte brune très foncée, sur laquelle tranche le blanc des conjonctives : la malade pourrait être prise pour une mulâtresse. Les cheveux, primitivement noirs, sont grisonnants. Le cou et les mains ont une teinte aussi accentuée que la figure. Sur la partie cubitale de la main gauche et l'extrémité correspondante de l'avant-bras, on remarque une tache allongée et très étendue, où la peau est décolorée (aspect du vitiligo). Quant aux téguments du tronc et des membres, dans leurs parties habituellement recouvertes par les vêtements, leur coloration est bronzée. L'aspect de la surface cutanée est analogue à celui que l'on observe dans la maladie d'Addison ; mais on note, de plus, que la surface du corps est parsemée de tumeurs partagées naturellement en trois groupes, d'après leurs caractères extérieurs. Les unes, moins nombreuses, *font partie du derme cutané.* Elles sont noires comme le charbon ; leur consistance est dure. Leur surface rugueuse s'élève au-dessus de la peau voisine au moins de quelques millimètres. L'épiderme, à leur niveau, est, le plus souvent, intact; mais sur quelques-unes cependant il est éraillé, et au niveau de ces exulcérations font issue des végétations de matière noire. La seconde variété comprend un nombre beaucoup plus considérable de saillies; celles-ci n'entament pas le derme ; elles semblent développées aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané. L'œil les distingue à la teinte bleuâtre qu'elles donnent à la peau qui les recouvre et au soulèvement cutané très appréciable pour les grosses tumeurs. Au doigt, enfin, on sent, en ces points, des grosseurs arrondies ou ovoïdes, mobiles sur l'aponévrose, peu adhérentes à la peau qui glisse sur elles et que l'on peut plisser à leur surface. Cette seconde variété est donc *sous-cutanée.* Il en est de

même de la troisième variété ; mais celles-ci ne se révèlent pas à l'extérieur : leur volume infime les empêche de soulever la peau ; elles ne lui donnent non plus aucune coloration anormale. Elles passeraient inaperçues si l'on ne promenait attentivement le doigt dans les intervalles laissés entre les saillies précédentes. Elles sont abondantes surtout au niveau du thorax, et on les sent nettement rouler sous la main comme des grains de chènevis, quand on fait glisser les téguments sur le plan résistant des côtes.

D'autres particularités attirent aussi l'attention dans cet examen extérieur. L'on remarque de nombreuses *verrues :* l'une d'elles, située au centre d'une néoplasie cutanée, est atteinte en partie par la dégénérescence. Tous les ganglions superficiels semblent pris : les ganglions sous-maxillaires, axillaires, inguinaux, se sentent facilement. Ils ont la grosseur de noisettes, sont indépendants les uns des autres et indolents. Les ganglions profonds, eux aussi, dans les points où l'on peut s'assurer de leur présence, sont hypertrophiés. Les glandes des parties latérales du cou forment, de chaque côté, une masse compacte et dure qui se prolonge vraisemblablement aux ganglions péri-trachéo-bronchiques, car la maladie, ainsi que nous le verrons, présente des signes de compression des organes des médiastins. Nous n'insisterons pas davantage, pour le moment, sur la topographie et les rapports des diverses particularités dont nous venons de donner une idée générale. Nous aurons, en effet, à y revenir plus loin, en donnant des détails plus précis. (Voyez Autopsie.)

Quant aux *muqueuses* en continuité avec la peau, elles n'offrent rien de notable. L'intérieur de la cavité buccale, examiné avec soin au niveau des lèvres, des joues, de la voûte palatine, ne laisse voir ni tache noire, analogue à celle de la maladie bronzée, ni saillies néoplasiques. Il en est de même de la face interne des petites lèvres et de la muqueuse qui tapisse l'entrée du vagin.

La malade est de petite taille ; elle prétend avoir maigri beaucoup depuis le début de la maladie. Les masses musculaires des membres sont peu développées. Elle se plaint vivement d'une sensation habituelle de faiblesse, d'anéantissement. Elle est habituellement en orthopnée, le dos soutenu par de nombreux oreillers. La respiration est fréquente, pénible : de temps en temps, sous l'influence d'une émotion, d'un mouvement, elle est prise de toux sèche et quinteuse, rappelant *la toux coqueluchoïde.* La violence de ces quintes la fatigue beaucoup. Son sommeil est entrecoupé et rendu impossible par la toux et la dyspnée. Il n'y a pas de tirage sur ou sous-sternal : la poitrine se dilate également des deux côtés pendant l'inspiration. Les vibrations sont également transmises par tous les points de la surface du thorax, excepté à la région antérieure, présternale, où elles sont augmentées, et à la base gauche, en arrière, où elles sont abolies dans l'étendue de 7 ou 8 centimètres de hauteur.

De chaque côté du cou, au-dessus de la clavicule, une saillie est formée par les ganglions hypertrophiés, et les troubles paroxystiques de la respiration, ainsi que la toux coqueluchoïde, semblent prouver qu'il y a adénopathie trachéo-bronchique. Cependant la percussion, pratiquée avec le plus grand soin au niveau de la première pièce du sternum en avant, et en arrière au point correspondant, ne révèle pas de matité bien nette. Les sommets, en avant et en arrière, sont également sonores : on ne trouve de la matité qu'à la base gauche, en arrière, dans une hauteur de 6 ou 7 centimètres.

L'auscultation donne les signes suivants : En avant, la respiration est pure aux deux sommets. Plus bas, l'on entend quelques râles sibilants seulement. En arrière, le murmure vésiculaire normal persiste aux deux sommets. Sur la ligne médiane, à la hauteur des troisième et quatrième apophyses épineuses dorsales, se fait entendre un souffle rude, tubaire, qui se propage également des deux côtés de la poitrine. A la base droite, quelques sibilances, mêlées à des râles sous-crépitants ; à la base gauche, un souffle doux, pleurétique, s'entendant dans le tiers inférieur environ de la hauteur. L'expectoration est extrêmement rare. Les quelques crachats que nous avons pu nous procurer ne présentaient pas une coloration noire bien marquée.

L'intelligence de la malade n'a souffert aucune atteinte : jamais elle ne s'est plainte d'aucun trouble d'origine cérébrale. Les sens spéciaux sont intacts. La vue cependant a un peu baissé depuis quelque temps, mais également des deux côtés. La langue est bonne. Depuis quelque temps, l'inappétence est complète. De plus, la malade se plaint d'avoir une grande difficulté pour avaler. Les aliments ne descendent pas, et elle indique un point correspondant à peu près au milieu du sternum, où se fait sentir une douleur sourde, quand elle a avalé des aliments solides même parfaitement mastiqués et insalivés. Elle a eu quelques régurgitations : aussi, elle refuse maintenant systématiquement les aliments solides, et ne se nourrit que de lait et de bouillon.

Le ventre est souple, plutôt rétracté. Le foie et la rate ne débordent pas les fausses côtes. Par la palpation, on ne sent pas, à la région ombilicale, de masse ganglionnaire profonde. Rien de remarquable non plus à l'examen du cœur. Les battements sont un peu faibles ; il n'y a pas de bruits de souffle. La matité précordiale n'est pas augmentée. Jamais de palpitations. Le pouls est petit, régulier, de fréquence normale.

Les urines, au moment de leur émission, sont claires ; elles deviennent *noires* au contact prolongé de l'air, ou par l'addition d'acide azotique.

Le diagnostic porté dans le service fut celui de *mélanome généralisé.* A cause de la mélanodermie si accentuée, la participation des capsules surrénales au processus pathologique fut regardé comme probable. La mort fut considérée comme devant survenir à brève échéance. Quant au traitement, il s'applique à calmer surtout l'oppression et les quintes de toux de la malade, de façon à rendre ses derniers moments plus supportables. L'arsenic fut donné à l'intérieur, mais sans que l'on espérât en retirer de grands avantages.

Pendant les six semaines que la malade passa à l'hôpital, les symptômes se modifièrent très peu. La coloration des téguments devint un peu plus foncée sur le corps ; le nombre ni le volume des néoplasmes cutanés n'augmentèrent pas sensiblement. La malade fut lentement torturée par la dyspnée, les accès intenses de suffocation et les crises de toux coqueluchoïde : une zone de matité assez étendue et correspondant à la région précordiale fut reconnue dans les derniers jours. Quant à l'épanchement pleural de la base gauche, les signes ne se modifièrent pas, et il ne parut ni diminuer ni augmenter.

Enfin, dès le 6 décembre au matin, la malade entrait en agonie et se cyanosait, l'œdème des jambes survenait, et elle mourut le 7 décembre, à trois heures du soir.

Autopsie faite 24 heures après la mort. — Après avoir décrit la topographie et les rapports des néoplasmes cutanés et sous-cutanés, nous passerons successivement en revue tous les grands appareils. Sur tous, en effet, la diathèse mélanique a marqué son empreinte.

Téguments. — Leur coloration est un peu moins foncée que pendant la vie.

Voici quelle est la distribution des tumeurs sur les différentes parties du corps :

A la face. — Deux tumeurs principales, placées symétriquement de chaque côté, un peu en avant des angles du maxillaire inférieur : chacune d'elles est formée d'une plaque noire principale mesurant 2 ou 3 centimètres de diamètre dans tous les sens, et faisant une saillie d'un 2 centimètre : dans leur voisinage immédiat, on voit de chaque côté quelques noyaux noirs cutanés, gros comme des grains de chènevis. La tumeur de droite est ulcérée à sa partie inférieure, et est le siège en ce point d'un bourgeonnement manifeste.

Sur une coupe comprenant toute l'épaisseur de la prolifération, on voit qu'elle est limitée à l'épaisseur du derme, qu'elle ne se prolonge pas dans le tissu cellulaire sous-

cutané. La couleur noire du tissu cesse brusquement à la périphérie : une mince couche d'épiderme le sépare de l'extérieur. Par le raclage, on ramasse sur le scapel une bouillie noire semblable à de la suie délayée. Toutes les autres productions *cutanées* ayant les mêmes caractères, nous n'y reviendrons pas.

Une autre tumeur noire siège vers la commissure externe des paupières à droite. Enfin l'on remarque la présence, sur l'aile droite du nez, vers l'orifice de la narine, d'une verrue qui n'est pas atteinte, du reste, par la dégénérescence.

En aucun point des téguments de la face on ne trouve de néoplasmes *sous-cutanés*.

Au cuir chevelu, la palpation la plus attentive ne permet pas de sentir la moindre saillie anormale.

Au cou, dans les régions sous-maxillaires, les nombreuses glandes roulant sous la peau sont les ganglions hypertrophiés et dégénérés. Sur une coupe, on voit une enveloppe fibreuse mince à la périphérie, et à l'intérieur, un tissu uniformément noir.

Ces ganglions se continuent avec ceux des parties latérales du cou : là, on met à découvert un paquet irrégulier et noueux de ganglions qui refoulent le sterno-mastoïdien, et faisaient pendant la vie une saillie appréciable à la partie inférieure du triangle sus-claviculaire. Ils s'engagent dans les intervalles des divers organes de la région, et l'œil les suit le long de la trachée et de l'œsophage. Tous sont noirs à leur intérieur.

A la nuque, le long du bord externe du trapèze, on trouve de chaque côté cinq ou six corps de la grosseur de noisettes, sur lesquels la peau peut se plisser, et qui sont indépendants les uns des autres.

Sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen, il en existe un nombre considérable : voici les principaux :

En dedans de la mamelle droite, une tumeur *cutanée*, remarquable par la présence, sur un point de sa périphérie, d'une verrue à moitié envahie par la dégénérescence mélanique, tandis que le reste de sa surface a conservé son apparence normale. A côté de la verrue, une ulcération avec des végétations très fines. On compte facilement, sur la face antérieure du thorax, une vingtaine de saillies dues à la présence de tumeurs sous-cutanées. Leur distribution est des plus irrégulières.

A l'abdomen, il en est de même : un grand nombre de saillies sont réparties çà et là. L'ombilic est entouré, comme d'un large anneau, par un certain nombre de ces grosseurs : chacune a le volume d'une amande.

A l'hypochondre gauche, une masse sous-cutanée grosse comme une noix : du côté droit, cinq ou six réunies, volumineuses, entourées de quelques autres plus petites.

Les *mamelles* très atrophiées semblent, à la palpation, reposer sur une couche de noyaux profonds. La peau de ces régions étant incisée et rejetée sur le côté pour présenter la face profonde de ces organes, on constate que les noyaux sont des masses mélaniques, et qu'ils sont interposés au grand pectoral et à la mamelle; ils ont donc un siège correspondant à celui des autres tumeurs sous-cutanées. Quant aux culs-de-sac glandulaires eux-mêmes, ils ne sont envahis qu'en un seul point où la coupe montre un cul-de-sac noir.

Du reste, sur la peau du tronc ainsi examinée par sa face profonde, il est facile de voir un grand nombre de petites granulations noires, qui ont un volume trop faible pour se révéler à l'œil en soulevant les téguments.

Sur la partie postérieure du thorax et de l'abdomen, les tumeurs sont moins nombreuses qu'à la partie antérieure. Du côté droit, dans la région scapulaire, on trouve 7 ou 8 gros mélanomes échelonnés qui, partant du bord interne de l'omoplate, vont, en décrivant une courbe, rejoindre les ganglions axillaires hypertrophiés.

Les autres sont disséminés au hasard sur toute l'étendue des régions postérieures du tronc.

Membre supérieur gauche. — Sur la partie la plus élevée de la région deltoïdienne une grosse tumeur noire, *cutanée*, de forme arrondie, large comme une pièce de 5 francs, saillante comme une demi-sphère. Ce néoplasme est le plus volumineux de tous, et *aussi le premier en date*.

Plusieurs tumeurs *sous-cutanées* sont disséminées sur le bras et l'épaule. On n'en trouve aucune ni sur la main, ni sur l'avant-bras.

Dans la gouttière de l'artère humérale, on peut suivre une série de corps ovoïdes se continuant en haut avec les ganglions axillaires.

Membre supérieur droit. — Rien sur la main ni sur l'avant-bras. Au bras et à l'épaule, à quelques détails près, même disposition des masses sous-cutanées que sur le membre gauche.

Membre inférieur. — Très-peu de néoplasies. Cependant, un mélanome *cutané* au-dessus du genou droit, large comme une pièce de 50 centimes, recouvert d'un épiderme épais. Çà et là, sur les cuisses, à leur face antérieure ou postérieure, quelques noyaux *sous-cutanés*.

Il n'y en a aucun de notable aux jambes ni aux pieds. Les gros orteils sont déjetés en dehors recouvrant les autres orteils. Leur pulpe ne présente extérieurement ni sur une coupe aucune teinte suspecte.

Les ganglions superficiels et profonds de l'aine ont la grosseur de noisettes. Ils sont noirs. Dans la gouttière de l'artère fémorale, quelques tumeurs isolées.

Signalons enfin la présence de deux verrues sur la face antérieure de la cuisse gauche. Elles ne sont pas dégénérées en tissu mélanique.

De cette énumération aride mais complète des lésions de la peau, il résulte :

Que les néoplasmes *cutanés proprement dits* étaient en nombre très limité, une douzaine à peu près, et qu'ils siégeaient, en majeure partie à la face.

Que les néoplasmes *sous-cutanés* étaient distribués principalement sur les *faces antérieure et postérieure du tronc, sur le cou et la nuque, sur les épaules, les bras, les cuisses.* Leur nombre, difficile à évaluer s'élevait approximativement à plus d'une centaine.

La peau *du cuir chevelu, des membres supérieurs au-dessus des coudes, des membre inférieurs au-dessous des genoux, paraissait vierge de toute tumeur.*

Tous les ganglions superficiels, et particulièrement ceux du cou, de la nuque, des aisselles, des aînes, étaient hypertrophiés et dégénérés, et se continuaient avec les néoplasmes sous-cutanés développés dans leur voisinage.

Appareil circulatoire. — A l'ouverture de la poitrine: on voit le *péricarde* distendu refouler les deux poumons. Il contient 300 grammes de liquide roussâtre. Sa face interne n'est recouverte que d'un mince exsudat gris qui s'enlève avec le dos du scapel et laisse voir alors la teinte noirâtre sous-jacente :

Le cœur ressemble à un bloc de charbon. Son volume est normal, sa forme générale conservée. Sa surface est irrégulière, bosselée, sa consistance augmentée, et on a la sensation de noyaux durs rembourrant sa substance.

Le ventricule gauche est épais de 2 centimètres à la base. Toute la partie extérieure de la surface de coupe forme une couche uniformément noire, et, de cette couche, on voit partir des prolongements mélaniques qui s'engagent dans la substance musculaire. Les uns envahissent la moitié, d'autres toute l'épaisseur de la masse charnue, et ne s'arrêtent qu'à l'endocarde. Celui-ci, enfin, n'est pas toujours respecté, et le tissu mélanique végète alors dans l'intérieur même de la cavité du cœur.

Ainsi, sur la paroi antérieure du ventricule, au-dessous d'une valvule sigmoïde, s'élève une végétation noire molle et friable dont la base a un centimètre de hauteur. Elle repose sur un noyau dont on aperçoit par transparence la teinte foncée à travers l'endocarde voisin. Cette végétation, incessamment battue par le flot sanguin lancé dans l'aorte, était bien placée pour se détacher, et aller produire des embolies. Vers la pointe du même ventricule, des saillies multiples, arrondies, se montrent dans les intervalles aréolaires que laissent entre elles les colonnes charnues de cette portion du ventricule. Elles constituent l'expan-

sion terminale de masses mélaniques qui prennent naissance sur la couche corticale.

La surface interne de la cavité, est, du reste, dans tous les points, d'un très beau rouge ainsi que les portions de la substance musculaire qui ont été respectées par le cancer.

L'oreillette gauche est épaisse. La paroi postérieure possède un noyau noir qui s'étend jusque sous l'endocarde. L'embouchure des veines pulmonaires a une teinte très foncée.

Le ventricule droit ressemble au gauche extérieurement et sur la coupe. Vers la pointe, des végétations noires se montrent également entre les colonnes charnues.

Dans l'oreillette droite, la teinte générale est noirâtre. Les orifices veineux sont entourés de bandes légèrement saillantes, couleur de suie. L'anneau de Vieussens est occupé par une plaque mélanique. En avant de la fosse ovale, une saillie pédiculée, de la grosseur d'un pois, semblable à celle du ventricule gauche.

Les orifices ventriculaires des deux cœurs sont normaux, leurs valvules parfaitement saines. Les gros vaisseaux de la base présentent les détails suivants :

L'aorte est épaisse : elle n'est pas dilatée. La surface interne est lisse, mais on voit par transparence quelques dépôts athéromateux. Une plaque épaisse d'athérome fait saillie au-dessus d'une des valvules sigmoïdes.

L'artère pulmonaire est aussi épaisse que l'aorte : *comme elle, et plus qu'elle, elle est athéromateuse*, sans cependant que sa surface interne soit rugueuse. Ces deux vaisseaux, du reste, ont leur couleur normale : aucune tache noire ne paraît ni dans leur épaisseur, ni à leur surface interne. Le tissu cellulaire qui les réunit normalement est transformé en bouillie noirâtre.

Les veines caves au contraire, et les veines pulmonaires ont intérieurement une coloration brunâtre ou noire, selon les points : elles paraissent avoir subi l'infiltration mélanique tandis que les artères ont été respectées. Leur surface interne est lisse partout. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. QUENU, ne pouvant assister à la séance, adresse à la Société une lettre dans laquelle il rapporte l'opinion de M. le professeur Duval sur l'existence d'une *fente embryonnaire au niveau de l'angle externe de l'œil*. Ce savant embryologiste admet bien l'existence d'une sorte de dépression cutanée à ce niveau, mais nie l'existence d'une fente vraie en ce point.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. RICHERAND, intitulée : *Luxation du pouce en arrière et arthrotomie.* Il s'agit d'un soldat atteint d'une luxation nette du pouce en arrière. D'abord seulement complète, la luxation aurait été transformée en complexe (classification de M. Farabeuf) par des manœuvres faites un peu au hasard. Quand M. Richerand voulut tenter de réduire cette luxation complexe sous le chloroforme, par le procédé recommandé aujourd'hui, il n'y réussit pas. A la suite de ce résultat négatif, l'auteur fit une arthrotomie (incision sur le bord externe de l'articulation); réduction assez facile. Au bout de trois mois, les mouvements n'étaient pas tout à fait revenus, mais le malade avait un pouce certainement meilleur que si on ne l'avait pas opéré.

M. POLAILLON dit que le fait de M. Richerand n'est pas ordinaire. Si la réduction de la luxation complexe a été impossible, c'est que peut-être le procédé de Farabeuf n'a pas été employé dans toute sa pureté. Mais quand il est avéré que cette réduction est absolument impossible, M. Polaillon est d'avis de faire l'arthrotomie.

M. DESPRÈS. — Le procédé recommandé par M. Farabeuf est une simple modification d'un vieux procédé. D'autre part, cette manière de faire échoue assez souvent, même lorsque son inventeur opère de ses propres mains. Il est d'avis qu'on laisse tranquilles les luxations absolument irréductibles, car arthrotomie donne de mauvais résultats. Enfin la pince de Farabeuf, lorsqu'on s'en sert, fait atrocement souffrir les malades.

M. CHAUVEL a vu deux luxations du gros orteil en arrière. Dans un cas, on fit l'arthrotomie antiseptique ; le résultat fut déplorable. Dans un autre, on n'opéra pas et le résultat fut assez bon.

M. VERNEUIL a fait avec succès l'arthrotomie pour une luxation du pouce. Le procédé de réduction de Farabeuf cause parfois des dégâts dans l'article et peut amener une arthrite.

M. CHAUVEL fait un autre rapport sur une observation de M. Malou. Il s'agit d'une *luxation de la 2e phalange du médius* sur la première phalange de ce doigt, *avec plaie à la face palmaire* de la main. On fit la réduction, mais le malade eut consécutivement une synovite suppurée. Trois semaines après, raideur, empâtement du doigt. La guérison a eu lieu par ankylose complète.

M. SCHWARTZ a soigné une luxation compliquée de la deuxième phalange du pouce sur la première. La tête de la phalange faisait saillie au dehors. Il ne put réduire d'emblée, et pour ce faire ensuite, on dut réséquer la tête de l'os. Guérison. Il croit avoir bien fait en pratiquant la résection. Il a pu ainsi enlever une partie très probablement infectée. Six semaines après, les mouvements étaient revenus dans l'article.

M. CHAUVEL fait un 3e rapport sur une observation de M. BERRA intitulée : *Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver.* Un homme reçut dans le crâne une balle de revolver du calibre 12. Hémorrhagie par le nez et la plaie et tendance au sommeil. Issue de matière cérébrale par la plaie. Pas de fièvre. Mydriase, perte de la vision. Exploration intempestive à la sonde qui est arrêtée par un corps métallique. Accidents de méningo-encéphalite. Guérison absolue à l'heure actuelle.

M. VERNEUIL connaît deux blessés qui chacun ont une balle de revolver (calibre n° 7) dans la tête et qui ne s'en portent pas plus mal.

M. SÉE a vu plusieurs faits de ce genre : 1er cas : entrée de la balle au niveau du front, issue de matière cérébrale lavages antiseptiques ; guérison. 2e cas : 3 balles dans la tête d'un même individu, paralysie du nerf optique à droite.

M. PEYROT n'est pas de l'avis de ceux qui veulent que jamais on ne touche à une balle ayant pénétré dans le crâne. Dans quelques cas à préciser, il est du devoir d'un chirurgien d'intervenir.

M. VERNEUIL rappelle que la majorité des médecins et le public pense ceci : Quand il y a une balle dans le cerveau ou quelque part, le malade court un danger plus ou moins grand ; quand la balle est retirée, le malade est presque guéri. Il s'élève contre cette idée qui lui paraît inexacte. Il vaut mieux, pour lui, laisser la balle dans le cerveau.

M. LE DENTU raconte le fait suivant qui est très intéressant : Un homme reçoit une balle de revolver en plein front : monoplégie brachiale, troubles de la parole, vomissements. On ne fait pas de trépanation. On pense que la balle est logée dans le cervelet. Au bout de deux mois, accidents graves ; on croit à un abcès du cerveau et songe à la trépanation qu'on ne fait pas. On se contente de faire une ponction explorative dans la substance nerveuse pour aller chercher le pus présumé en utilisant la plaie d'entrée de la balle. Mort. A l'autopsie, long trajet suppurant allant vers le lobe occipital gauche. On trouve la balle logée dans un petit kyste non suppuré, sans communication avec le trajet suppurant, et séparé de lui par du tissu sain.

M. TERRIER. — Quand un projectile pénètre dans un organe, le cerveau entre autres, il est infecté ou il ne l'est pas. S'il l'est, il y a suppuration au pourtour. S'il ne l'est pas, il peut s'enkyster. Mais la plaie, d'abord non infectée, peut l'être dans la suite ; donc il faut occlure toujours la porte d'entrée. On ne peut pas dire quand il y a infection du projectile, mais celle-ci est moins probable quand la balle pénètre dans le crâne par un endroit où il n'y a pas de cheveux, le front par exemple. M. Terrier est d'avis que si des accidents se développent, comme dans les cas d'infection du projectile ou de la plaie, il faut intervenir.

M. PEYROT pense qu'on peut intervenir là comme ailleurs. Les recherches chirurgicales portant sur le cerveau ne sont pas très à craindre.

M. Reclus distingue l'exploration primitive et l'extraction primitive de la balle de l'intervention secondaire. Les statistiques les plus récentes semblent prouver que les résultats sont meilleurs déjà depuis qu'on n'essaie plus de toujours extraire les balles.

M. Verneuil, avec M. Reclus, pense que l'exploration primitive est une mauvaise chose. L'exploration secondaire n'est pas toujours exempte de danger ; on fait de l'auto-inoculation si la plaie suppure. Dans des cas de fractures du crâne sans plaie du cuir chevelu, on observe parfois des accidents dus à la suppuration.

M. Peyrot. — Il ne faut pas comparer les fractures du crâne et les plaies pénétrantes simples.

M. Kirmisson est d'avis que l'exploration primitive de la cavité crânienne est peu pratique. Il a été lui aussi frappé par ce fait, à savoir que certaines fractures du crâne amènent de la suppuration sans plaie des téguments. Mais la porte d'entrée du microbe du pus est pour lui l'oreille, c'est-à-dire la fracture du rocher. Il a désormais la précaution de faire obturer le conduit auditif avec un tampon iodoformé ; depuis qu'il procède ainsi, il ne voit plus ces accidents dans ces sortes de fractures.

M. Reclus. — Tout ceci montre que pour éviter la suppuration autant que possible il faut se contenter d'occlure.

M. Terrier dit qu'il faut non seulement tenir compte de la déchirure de la muqueuse de la caisse du tympan, mais aussi de celle de la muqueuse nasale. L'inoculation peut se faire par là rapidement.

M. Chauvel pense qu'il y a des cas où il faut s'abstenir, d'autres où il faut intervenir.

M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. Bousquet sur un *angiolipôme congénital caverneux de la main;* ablation laborieuse, complications diverses, extirpation incomplète. La guérison cependant paraît se maintenir.

M. Terrier lit un second rapport sur une observation de *tumeur verruqueuse* (papillome) de l'ombilic due au même auteur. Femme de 47 ans ; papillome enlevé par la ligature élastique. Il est regrettable que l'examen histologique n'ait pas été fait parce que ces papillômes de l'ombilic sont très rares.

M. Routier lit une observation intitulée : *Pseudarthrose de la mâchoire inférieure, soudure des deux fragments avec intercalation d'une cheville de veau fraichement tué. Guérison.*

Marcel Baudouin.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

XXXII. **Leçons sur les maladies du système nerveux** ; par J.-M. Charcot. Troisième volume, 2e fascicule. — Paris, 1887.

XXXIII. **La névrose. Etude clinique et thérapeutique** ; par Leven. — G. Masson, 1887.

XXXIV. **Nervosisme et névroses** ; par A. Cullerre. — J.-B. Baillière, 1887.

XXXV. **Hypnotisme et double conscience**; par Azam. — J.-B. Baillière, 1887.

XXXII. La deuxième partie du tome troisième des *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot, qui a paru il y a déjà quelques mois, renferme une série d'études sur les sujets les plus divers de la pathologie nerveuse.

Plusieurs de ces leçons sont consacrées à l'hystérie, particulièrement à l'hystérie de l'homme. Il y a peu de temps encore, on était généralement porté à considérer cette névrose comme l'apanage presque exclusif du sexe féminin. M. Charcot a puissamment contribué à établir que non seulement elle affecte aussi le sexe masculin, mais qu'elle y est même relativement fréquente. L'identité symptomatique de l'hystérie, chez l'homme et la femme, dans sa forme normale ou anormale, dans ses accidents passagers ou permanents, est mise nettement en relief. On lira avec un intérêt particulier les leçons consacrées à la monoplégie brachiale hystérique de cause traumatique. Sujet tout nouveau, dont l'étude méthodique a jeté une vive lumière sur le diagnostic différentiel des paralysies du membre supérieur. M. Charcot s'est attaché spécialement à faire ressortir la parfaite ressemblance que les monoplégies traumatiques hystériques présentent avec certaines paralysies psychiques. Le parallèle qu'il a établi entre les unes et les autres éclaire beaucoup la pathogénie de certaines manifestations hystériques, et fournit à la psychologie des enseignements dont elle ne manquera pas de bénéficier. Deux leçons ont trait à la coxalgie hystérique traumatique. M. Charcot, après avoir montré que la symptomatologie est la même que dans le cas de coxalgie avec lésion organique, donne une intéressante interprétation du *shock nerveux* des auteurs anglais. « Ce shock nerveux, dit-il, se produit quand survient une émotion vive, une frayeur, la terreur déterminée par un accident, surtout quand cet accident menace la vie, comme cela se voit, par exemple, dans les *collisions* de chemin de fer. Dans ces occasions, il se développe souvent un état mental tout particulier, récemment étudié par M. Page, qui le rapproche, d'ailleurs, très judicieusement, à mon avis, de l'état d'hypnotisme. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la *spontanéité psychique*, la *volonté*, le *jugement* étant plus ou moins déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles; aussi la plus légère action traumatique, par exemple, portant sur un membre, peut-elle devenir alors l'occasion d'une paralysie, d'une contracture ou d'une arthralgie. C'est pourquoi, si souvent dans les collisions de chemin de fer, on voit, suivant les cas, survenir des monoplégies, des paraplégies, des hémiplégies simulant des maladies organiques, bien qu'elles ne soient autres que des paralysies dynamiques, psychiques fort analogues, pour le moins, aux paralysies hystériques. »

Indiquons encore, parmi les chapitres qui concernent l'hystérie, la leçon sur les tremblements et les mouvements choréiformes et sur la chorée rhytmée, celle sur le mutisme hystérique, dont les caractères si spéciaux n'avaient pas, croyons-nous, été indiqués avec quelque précision avant les recherches de M. Charcot, enfin celle consacrée au traitement de l'hystérie.

L'aphasie tient une large place dans ce troisième volume. La cécité verbale y est étudiée et décrite très en détail : la première des deux leçons, relative à ce trouble si curieux du langage, renferme l'exposé de l'observation de cécité verbale la plus nette et la plus démonstrative qui soit jusqu'à ce jour connue. On sait tout le parti que M. Charcot a su tirer de ce cas remarquable, reproduit d'ailleurs dans diverses publications, et comment l'éminent maître de la Salpêtrière a été amené à saisir et à montrer la relation qui existe entre les diverses formes de l'aphasie et les troubles du langage intérieur. Parmi les faits qui ont servi à élucider cette question si complexe du langage mental, il n'en est pas de plus instructif que celui rapporté dans la treizième leçon, sous le titre suivant : « Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets. » Tous ceux qui s'intéressent aux choses de la psychologie, liront avec le plus vif attrait ce document unique, et, à ce titre, exceptionnellement précieux.

Il y a quelques années à peine, on considérait les atrophies musculaires progressives comme étroitement subordonnées à la dégénérescence des cellules des cornes antérieures de la moelle. La paralysie pseudo-hypertrophique seule était tenue pour une myopathie primitive. Depuis, les recherches de Erb, Leyden, en Allemagne, celles de Landouzy et Déjerine, en France, ont montré que bon nombre d'atrophies musculaires étaient indépendantes de toute altération de la moelle.

La leçon que M. Charcot consacre à cet amyotrophie protopathique est toute d'actualité. Il admet cinq variétés de myopathies primitives : 1° La paralysie pseudo-hypertrophique ; 2° La forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive de Erb; 3° L'atrophie musculaire progressive de l'enfance de Duchenne; 4° Des formes de transition où la faiblesse musculaire est le fait dominant et où on ne trouve ni atrophie ni hypertrophie; 5° Enfin la forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive de Leyden. M. Charcot fait ressortir les différences symptomatiques qui existent entre ces formes cliniques diverses, mais s'é-

levant ensuite à une vue synthétique, il pense que « les cas de transition permettent de rapprocher ces formes diverses et même de les confondre,.. Toutes ces variétés si diverses en apparence, se fondraient les unes dans les autres pour constituer une seule et même entité morbide : *la myopathie progressive primitive.* »

Nous ne sommes pas parfaitement à l'aise pour exprimer tout notre sentiment sur le nouveau volume de leçons de M. Charcot. Il nous suffira, pour montrer l'intérêt qu'il présente, d'avoir brièvement indiqué les principaux sujets qui y sont traités, et d'ajouter que pour la méthode et la clarté dans l'exposition, la rigueur et la précision dans l'observation des faits, ces leçons ne le cèdent en rien à leurs devancières.

XXXIII. Du livre de M. Manuel Leven, nous avons peu de choses à dire. Son titre « la Névrose, » essentiellement, nous ne disons pas intentionnellement vague, serait mieux à sa place en tête d'une chronique de journal littéraire qu'à la première page d'un livre de médecine. Aussi bien l'auteur paraît-il avoir écrit son « étude clinique et thérapeutique » moins pour les médecins que pour les gens du monde. Cette étude ne manque pas, d'ailleurs, de quelques mérites. Si l'observation clinique y est superficielle, la pathogénie plus ingénieuse que démontrée, le style a de la clarté, et la forme de la décision. Le chapitre consacré au traitement eut gagné, sans doute, à être émaillé de quelques observations précises, mais il révèle, chez l'auteur, une foi robuste en sa thérapeutique que M. Leven s'efforce, nous nous plaisons à le reconnaître, de faire passer dans l'esprit des lecteurs. L'auteur paraît avoir vu un grand nombre de malades; il est même vraisemblable qu'il en a observé quelques-uns. Il a tout ce qu'il faut pour écrire un bon livre, le jour où il voudra en écrire un pour des médecins.

XXXIV. L'ouvrage de M. Cullerre est offert par l'auteur aux névropathes afin « qu'ils y puisent quelques enseignements profitables à leur santé.» L'intention est louable. Ce livre est tout un manuel d'hygiène privée. Il est peut-être un peu compendieux, mais la lecture en est facile et ne sera pas sans profit.

XXXV. M. Azam a réuni en un volume les divers mémoires relatifs à l'*hypnotisme*, à la double conscience et aux altérations de la personnalité, qu'à diverses époques il avait déjà fait paraître dans différents recueils. Ce n'est donc pas, à proprement parler, un livre nouveau que l'auteur nous offre, mais ce n'en est pas moins un livre intéressant et instructif. Ceux qui n'ont pas suivi de près les travaux, qui, depuis trente ans, ont concouru à jeter la lumière dans ce champ si exploité et longtemps si obscur de l'hypnotisme, liront avec curiosité l'observation aujourd'hui célèbre de Felida X... L'ouvrage aura pour eux tout l'attrait de la nouveauté. Quant à ceux, et ils sont nombreux, qui connaissent de longue date les travaux de M. Azam relatifs à l'hypnotisme; ils seront heureux de trouver ces divers travaux réunis et de pouvoir suivre la pensée maitresse qui les a inspirés et dirigés. M. Azam, en effet, doit être compté parmi les courageux initiateurs qui n'ont pas craint, il y a trente ans, de toucher à une question alors réprouvée par la presque unanimité des médecins. Ses recherches, d'ailleurs, comme le dit M. Charcot, dans la préface qu'il a écrite pour le livre, n'ont pas seulement un intérêt historique. « L'analyse y retrouve la plupart des phénomènes somatiques et psychiques d'anesthésie, d'hyperesthésie, de contracture, de catalepsie, que nous avons appris depuis cette époque à produire à volonté, selon un déterminisme rigoureux, en nous adressant à une catégorie spéciale de sujets. »

Gilbert Ballet.

Herborisation. — M. le Pr Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Fontainebleau, le dimanche 26 juin 1887. Départ à la gare de Lyon, train de 6 h. 1/2.

Hôpitaux d'Alger. — Un concours pour la nomination de cinq élèves externes en médecine et chirurgie, s'ouvrira à l'hôpital d'Alger, le lundi 24 octobre 1887.

CORRESPONDANCE

Plaies des tendons et greffe tendineuse.

A Monsieur le Directeur du *Progrès médical.*

Mon cher Directeur.

Permettez moi de relever deux erreurs qui se sont glissées dans le compte rendu, fait par le *Progrès médical*, de ma communication à la dernière séance de la Société de Chirurgie sur un cas de greffe tendineuse.

La première concerne la distance qui séparait les deux extrémités du tendon coupé. Cette distance était de 5 *centimètres* et non de 5 *millimètres*. Vos lecteurs auront sans doute fait d'eux-mêmes cette rectification; car ils savent bien que c'est par suture directe, et non par greffe, que l'on tenterait de combler une brèche tendineuse dont l'écart ne dépasserait pas 5 millimètres.

Mon second *erratum* a plus d'importance; votre honorable collaborateur me fait dire, et j'ai dit, en effet, à la Société de chirurgie, qu'une faute avait été commise au cours de l'opération. La faute n'est pourtant pas aussi grossière que le laisserait supposer sa rédaction, lorsqu'il écrit que le tendon préparé pour la greffe a été trempé par moi dans l'eau *bouillante.*

On se demande vraiment ce que l'eau bouillante vient faire ici et quelle idée j'ai bien pu avoir en cherchant à *cuire* mon fragment tendineux. La vérité est que voulant entourer mon opération de toutes précautions, j'avais recommandé à mon aide, chargé de recueillir sur un lapin fraichement tué, et de me présenter au moment voulu, le bout de tendon à greffer, de le conserver dans un liquide antiseptique chaud. Celui-ci n'était pas *bouillant*, ai-je besoin de le dire, mais sans doute trop chaud, bien que sa température ne parut pas dépasser 40 à 50 degrés, car, à son contact, le tendon prit l'aspect et la rigidité d'un tissu dont les matières albumineuses sont coagulées. Peut-être la nature du liquide antiseptique employé (bichlorure de mercure à 1/1000) avait-elle contribué à ce résultat; car l'on sait que le sublimé précipite facilement les solutions d'albumine. Quoi qu'il en fut, n'ayant pas d'autre animal à ma disposition, et la dissection du tendon de l'autre membre ayant échoué par un accident de préparation, je passai outre et fixai par des sutures au catgut ce fragment de tendon rigide aux deux extrémités du fléchisseur coupé. Je n'eus pas lieu de le regretter; la plaie se réunit bien, le tendon greffé ne fut pas éliminé, et le résultat fonctionnel, ainsi que mes collègues de la Société de chirurgie ont pu s'en assurer de *visu*, a été excellent.

Si j'ai insisté devant la Société de Chirurgie et si je crois devoir insister auprès de vous, mon cher Directeur, sur les petits détails opératoires que je viens de rappeler — c'est que cette observation est je crois la première où une greffe tendineuse chez l'homme paraît avoir pleinement réussi. Les expériences de M. Assaki et de M. Fargin n'ont été faites que chez les animaux, et la tentative, sur l'homme, de mon excellent collègue et ami le Dr Peyrot n'a donné qu'un résultat incomplet.

Il m'a semblé que dans ces conditions je ne devais pas passer sous silence l'incident survenu au cours de mon opération. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'il en a favorisé le succès, en diminuant la vitalité du tendon greffé et en le soustrayant aux dangers d'une réaction inflammatoire trop vive — hypothèse un peu hasardée peut-être et difficile à soutenir — mais en tous cas il n'y a pas nui. D'autre part, comme je l'ai fait remarquer, peut-être ne peut-il plus être question ici de greffe véritable, c'est-à-dire d'une union vivante entre tissus vivants. Le fragment tendineux, rendu rigide par la double action de la chaleur et du bichlorure, n'aurait agi qu'à la façon des tresses de catgut, employées dans les mêmes circonstances par certains chirurgiens — il aurait simplement servi à diriger le travail de cicatrisation, et aurait été ensuite résorbé sans prendre dans la réparation le rôle que je lui destinais.

La plupart des membres de la Société de Chirurgie ont paru se ranger à cette manière de voir. Je tenais à poser à nouveau la question devant vos lecteurs, leur laissant le soin de la trancher.

Ch. Monod.

Paris, 19 juin 1887.

BIBLIOGRAPHIE

Tumeurs de l'ombilic; par le Dr Francis VILLAR. — J.-B. Baillère, 1886.

Cette thèse est une bonne monographie des tumeurs proprement dites de l'ombilic. Pour les étudier, l'auteur les divise en tumeurs bénignes et tumeurs malignes et il passe successivement en revue chacune d'elles. Dans le chapitre des tumeurs bénignes il décrit en quelques mots les tumeurs vasculaires (nœvi et lymphocèles), les kystes sébacés et dermoïdes, les myxômes (Otto Weber), les papillômes et les fibrômes. Il insiste davantage sur les granulômes et les adénômes. L'histoire du granulôme est à peu près complète aujourd'hui; chacun connaît ces petites tumeurs ayant l'aspect d'un bourgeon charnu qui se développent pendant ou après la chute du cordon ombilical, sur le point où se fait cette séparation, et qui entretient là un suintement purulent continuel. Ces tumeurs représentent-elles un véritable bourgeon charnu développé sur la plaie ou se forment-elles autour des vaisseaux persistant au niveau de la ligature du cordon, nous ne le savons pas; en tout cas, la structure est toujours la même : du tissu embryonnaire avec des vaisseaux de nouvelle formation, présentant les lésions de l'endartérite.

Les adénômes ont une histoire plus intéressante et plus curieuse. Ils étaient autrefois confondus avec les granulômes dont ils présentent à peu de chose près les symptômes cliniques, toutefois leur surface est plus lisse, leur coloration plus rouge, et enfin ils paraissent toujours immédiatement après la chute du cordon. Kolagek le premier (1875) ainsi que le fait remarquer M. Villar, et non Küstner (1877) a montré que ces tumeurs présentaient la structure d'une paroi intestinale retournée. Chandelux (1881), Lannelongue et Frémont (1884) ont apporté de nouveaux faits. La paroi intestinale ainsi herniée subit quelques modifications paraissant dues à l'inflammation : les cellules épithéliales n'ont pas de plateau, les glandes en tube sont hypertrophiées et présentent des dilatations ampullaires, enfin les couches fibreuses et musculaires sont plus adhérentes les unes aux autres. Il est vraisemblable que ces tumeurs sont dues à la persistance du diverticule vitello-intestinale, et la présence de la muqueuse à la périphérie tiendrait soit à une invagination (Chandelux), soit à une procidence latérale (Lannelongue), mais jusqu'ici aucun fait précis ne permet d'affirmer cette origine.

Dans un cas, Tillmann a vu une tumeur ombilicale formée par un prolapsus analogue de la région pylorique de l'estomac; M. Villar fait rentrer ce fait dans les adénômes dont il constituerait une variété stomacale.

Les tumeurs malignes sont plus fréquentes que les tumeurs bénignes. Le cancer peut être primitif ou secondaire. Le cancer primitif est le plus souvent un épithélioma, il a une grande tendance à se propager aux parties profondes, passant parfois dans l'anneau ombilical et s'étalant par derrière en forme de bouton de chemise, ayant d'ailleurs une grande tendance à envahir le péritoine, point important pour le traitement. — Le cancer secondaire est le plus souvent un carcinôme provenant des viscères; ainsi que le fait remarquer M. Damaschino, ce cancer secondaire de l'ombilic peut éclairer le diagnostic obscur d'une affection d'un organe interne, et indique en outre qu'il y a déjà commencement de généralisation du cancer au péritoine, aussi faut-il être bien réservé pour opérer le cancer de cette région.

Signalons enfin dans le chapitre du diagnostic un passage intéressant sur la difficulté qu'on éprouve parfois à distinguer une tumeur maligne de l'ombilic d'un phlegmon. G. MAUNOURY.

Conférences sur l'histoire naturelle; par P. de SÈDE. — Paris, G. Masson, in-8 de 656 pages, 1887.

Dans un petit volume, M. de Sède a réuni les notions élémentaires des sciences naturelles (botanique, géologie, zoologie). Son ouvrage, sobrement écrit et orné de 251 figures, dont un bon nombre sont schématiques, rendra service aux commençants et aux aspirants aux baccalauréats; mais, quoiqu'en pense l'auteur, il nous semble très insuffisant pour la préparation du premier examen de doctorat en médecine; ce n'est pas à dire que les étudiants eux-mêmes n'y puissent trouver d'utiles enseignements. Dans une matière où les ouvrages élémentaires abondent et où, par conséquent, la concurrence est vive, M. de Sède a su rester original et écrire un livre utile. R. BL.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

8 *Novembre* 1635. — On retrouve contre Lesecq nombre de nouvelles lettres réprouvant sa conduite. Pour ne pas fatiguer inutilement les lecteurs, nous n'en citerons plus que deux, envoyées à M. Perrot, administrateur temporel de l'Hôtel Dieu. Le style de cette missive prouve une fois de plus que le plaignant est encore un homme de valeur pour son temps à en juger par les citations dont il a émaillé sa plainte.

Monsieur, l'honneur que j'ay d'avoir une bonne grâce me donne subjet de vous envoyer ce petit mot puisque je ne puis le vous dire de bouche. Je suis tellement affligé, voyant le règne de chez nous que je ne scay à qui en escrire, car Monsieur le Maistre veut faire maison neufve sy on le laisse faire. *Il ne scayt que c'est de comander* en qualité de superieur ; tout ce qu'il faict ne sont que *furies*. Il luy est impossible d'empescher le fleux de ses passions, si l'authorité de vous autres Messieurs ne l'empesche, il nous faudra tous quitter la place. Il veut faire maison neufve. Il prend si bien ses mesures que tost ou tard il prepare piège pour tomber en ses mains et soubz son joug qui n'est moing insupportable que celuy des Egiptiens. Il ne donne aucun relasche, il ne se peut nullement commander. Il promettra assez et ne fera que ce que sa fantasye et ses humeurs luy representent ; il veut estre absolu, il fault passer par où il veult quand il a quelque chose contre quelqu'un. Il fault tost ou tard qu'il en vienne à bout. Hier après soupper, *il tira son espée*: j'entends ses injures et interdictions, c'est son foudre ordinaire duquel il se sert, et ce, contre M. Berthelot chappelain, très-homme de Bien, l'on n'a jamais entendu aucune plaincte de luy et ce, pour *s'estre absenté de vespres* (1) sans son congé, et pour celluy a deffendre toüste exercice dans la maison, encore qu'il se feut mis en toutte sorte de debvoir, mesmes luy ayant promis ne plus sortir sans son congé, moy mesme len ay prié cinq ou six foys sans que ny luy ny moy layons peu fleischir *estant tout en feu*, disant qu'il en avoit receu un à sa place. Cela est estrange : je ne scay sy vous permettrez toujours ses fassons de faire. Il a une *voix de cyrène pour endormir ceux qu'il veut ruiner*, car il ne tasche qu'à vous oster toutte l'authorité qu'avez en la maison que vos travaux et soings ordinaires vous y ont acquis, sy vous avez bien remarqué il ne sest passé *aucune lune* depuis qu'il ait en votre service qu'il n'aye faict paroistre toujours quelque chose de nouveau. Le sage a très-bien rencontré quand il a dibt que : *Stultus ut luna mutatur*. C'est pitié qu'il faille que la première maison de l'univers soit ainsy gouvernée d'un homme qui a plus d'ambition que n'a jamais eu le *nig i d'Assuerus*, c'est un homme qui jamais ne pardonne. L'on m'a assuré que la sepmaine prochaine Messieurs de Nostre Dame doibvent tenir leur chappitre et la ordonner tout ce qu'il s'est imaginé bon ou mauvais et de cela s'en lavera les mains. C'est ainsy que ceux de sa caballe en font. Je vous prie en donner advis à Messieurs. (*Liasse* 875).

Cette dernière, écrite par un simple emballeur est fort curieuse.

Plaise à messieurs les Gouverneurs de l'Hostel Dieu, un de vos serviteurs dudict autel Dieu que monsieur le mestre a mis en vos prisons et de la enlevé et mené par deux archers en la prison de messieurs de Nostre Dame de Paris à cause d'un malade que l'on a enlevé après avoir esté quérir la clef à la chambre de monsieur le maistre, luy donner de la lumière, à monsieur Bourgeois, aux enfans et aux chaplains je descen et ouvre la porte de céans j'ouvre la serrure de la grande porte, je lève le verrou fermé proche la lingerie, l'on eurte à la porte; je demande qui est la. On m'a respondu. C'est un malade. J'ouvre la porte. Ausy to quatre hommes en manteau le pistolet au poin me prennent. Sy tu parles tu est mort aussitost entra un malade tout nu en chemise. Sitot qu'il fut sorty m'a poussé rudement et fermé la porte. Monsieur le maistre arrive aussito m'a demandé que c'estoit. Je luy respon que cestoit un malade que lon avoit enlevé. Il m'a prins ausy to, m'a mis en

(1) La rigueur cléricale ne pouvait pas être plus forte.

prison avec injure. Messieurs voilà comme tout sest passé. Il vous plaira avoir esgard à tout cet afaire la. *Signé* : GABES.

1635. — *Mémoire de ce qui a été proposé par Monsieur le Premier Président et Messieurs du Chapitre.* — Monsieur le Doien avec M[rs] de Vertamont et Ladvocat samedy dernier furent trouver Monseigueur qui les avoit envoiez quérir. En cette conférance se trouva Monsieur le President de Bailleul, auquelz sieurs du Chapitre l'ont fest entendre ce qui s'estoit passé les derniers jours, scavoir la délibération des Gouverneurs de l'Hostel Dieu et la résolution touchant le maistre. Et Messsieurs du Chapitre furent pricz de trouver bon cette résolution pour les Raisons qu'ilz scavoient, mesmes au nom de Monseigneur et le proposer au Chapitre ce qu'ils promirent faire, et assemblerent ainsy que dimanche dernier. A rapporté M[rs] le Doyen et Penitentier qui furent trouver Monseigneur et dirent; que pour donner contentement au Bureau et pour satisfaire à la prière faicte au nom dudict seigneur, ilz avoient resolu de donner congé au Maistre, prièrent de donner temps pour en trouver un autre pendant lequel temps l'on luy feroit donner sa pitance, et que sy ledict seigneur en doubtoit, ilz en bailleroient un escript et insistoient à leur bailler 15 jours ou trois sepmaines, attendu la difficulté qu'il y avoit au choix.

Au contraire leur fut dict que pour 5 ou six jours l'on leur pourroit accorder et que l'on luy pourroit bailler sa pitance sans rien escrire de la part du Bureau, insistoient encores à faire une conferance pour distinguer ce qui est du Spirituel et du Temporel, pour ne plus tomber dans ces inconveniens, et leur fust représenté que cela estoit trop long, qu'ils se fondoient sur des statuts qu'ils avoient faict eux mesmes, signées de leur greffier, firent response qu'ilz ne s'y aresteroient poinct, ains prendroient pied sur les arretz de la Cour. *(A suivre).*

Prophylaxie de la syphilis : Hospitalisation des vénériens. — Rapport de M. Fournier.

La seconde partie du remarquable rapport de M. A. Fournier, est consacrée à l'hospitalisation des vénériens ; nous la reproduisons en l'accompagnant de quelques commentaires. Sur le point principal, hospitalisation des vénériens, suppression de tout ce qui rappelle l'emprisonnement, on verra que les idées du savant professeur de St-Louis s'accordent en grande partie avec celles que soutient le *Progrès médical* depuis bien longtemps. Nous cédons la parole à M. Fournier.

« Ce n'est pas seulement sur des mesures de répression administrative et de surveillance policière que repose la prophylaxie publique de la syphilis. Elle réside aussi, et non moins sûrement, dans un ensemble de moyens qui ont pour visée d'attaquer *médicalement* la maladie, de traiter, d'hospitaliser, de guérir les malades, et, conséquemment, de raréfier, d'épuiser les germes de contamination.

« Sur le principe et l'efficacité des moyens de cet ordre, pas de discussion possible. Nous pourrons donc être brefs, et nous borner sans commentaires, à énoncer les quelques réformes ou innovations qu'il nous a semblé utile d'introduire dans le système actuel de traitement hospitalier de la syphilis. Certes on a beaucoup fait, et fait d'excellentes choses en ce sens depuis quelques années. Cependant tout n'est pas encore pour le mieux, et voici les dispositions que, sur ce paragraphe, votre Commission a l'honneur de vous soumettre.

« I. Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

« II. Cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera non pas par la création de nouveaux services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte. »

Nous ne croyons pas à l'insuffisance des lits pour les vénériens et, par conséquent, à la nécessité de créer de nouveaux services pour eux. En effet, aujourd'hui, les vénériens des deux sexes disposent complètement de deux hôpitaux spéciaux, sans compter la prison de St-Lazare et en partie de l'hôpital St-Louis ; en outre, la plupart des médecins des hôpitaux généraux les reçoivent dans leurs salles. M. le D[r] Clerc a soutenu la même thèse que nous. L'enquête demandée par M. Fournier, en supposant même qu'elle démontre l'insuffisance des lits, ne devrait pas avoir pour conclusion fatale la création de nouveaux services ou de nouveaux hôpitaux spéciaux. Avant d'arriver à cette solution dispendieuse, il est indispensable que l'on voie les résultats donnés par l'organisation *des consultations externes*. — M. Fournier continue en ces termes :

« De toute évidence, messieurs, ce qu'on peut faire de plus utile pour diminuer le nombre des contaminations syphilitiques, c'est d'hospitaliser tout malade affecté de lésions contagieuses, de façon à lui enlever la possibilité même de transmettre la contagion. Exemple : Une femme syphilitique, hospitalisée aujourd'hui, je suppose, à Lourcine, ne transmettra pas la maladie dont elle est atteinte, tandis que ce soir, pour manger et pour payer son logement, elle n'eût guère manqué de transmettre la syphilis à un homme, si ce n'est même à plusieurs.

« Hospitaliser la syphilis dans ses formes contagieuses, c'est la rendre inoffensive. Voilà le salut.

« Il faut donc qu'en tout temps le nombre des lits dont dispose l'Assistance publique pour le traitement de la syphilis soit égal, si ce n'est supérieur, aux demandes d'admission. Question d'argent, sacrifices pécuniaires, mais sacrifices devant lesquels, croyons-nous, il n'est pas à reculer, car c'est là, répétons-le encore, le moyen, le vrai moyen de nous débarrasser de la syphilis dans la mesure du possible, du pratique, du réalisable. Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, que les dépenses d'aujourd'hui constitueront une économie pour l'avenir, en diminuant le nombre des sujets contaminés.

« Or, d'après les renseignements reçus par votre Commission, le nombre des lits affectés aujourd'hui au traitement de la syphilis est certainement beaucoup inférieur au nombre des besoins actuels. Mais dans quelle proportion ce nombre devrait-il être exactement augmenté ? C'est là ce que pourrait seulement préciser une enquête administrative et une enquête soigneusement faite pendant un certain temps. C'est donc cette enquête que nous réclamons tout d'abord.

« En second lieu, votre Commission estime que l'augmentation du nombre des lits affectés au traitement de la syphilis doit se faire, non pas, comme on l'a quelquefois proposé, par la création de nouveaux services spéciaux annexés aux hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux *spéciaux*, nous entendons exclusivement consacrés aux affections vénériennes.

« Il est à cela une raison qu'à l'avance vous avez saisie. Chacun sait, en effet, que les services spéciaux ont souvent un public que, par euphémisme, j'appellerai douteux ou mêlé. A côté de gens très honorables il n'est pas rare d'y rencontrer de mauvais drôles, des débauchés, des dépravés, des habitués de maisons de tolérance, si ce n'est pis encore. Un tel voisinage doit être évité. *A fortiori* doit-il être évité dans les hôpitaux de femmes. Il ne convient pas que l'honnête femme d'un ouvrier qui est venue se faire traiter à l'hôpital d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde soit exposée à faire société dans les salles ou dans les promenoirs avec une fille perdue, une rôdeuse de barrières, ou, ce qui est plus dangereux encore et ce qui se rencontre si fréquemment à Lourcine, avec une de ces « embaucheuses » qui pratiquent le recrutement pour les brasseries, les débits de vins, les maisons de passe, etc. Enfin, votre Commission a émis le vœu que ces nouveaux hôpitaux fussent placés hors des murs d'enceinte, et cela au double point de vue des conditions d'hygiène et des considérations d'économie budgétaire. »

L'argument tiré de l'état moral des vénériens et des vénériennes nous paraît avoir moins de valeur que ne le pense M. Fournier. En effet, ces mêmes personnes ont accès dans les autres hôpitaux pour les maladies autres que la syphilis et pour les accidents traumatiques, sans compter qu'ils sont également acceptés partout, si les lésions syphilitiques qu'ils présentent sont intéressantes. Et comme, en somme, les maladies ordinaires et les traumatismes sont plus fréquents que les manifestations syphilitiques, ces sujets exercent plus souvent leur action dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux spéciaux.

Nous poursuivrons, dans le prochain numéro la publication du rapport de M. Fournier. B.

Enseignement des spécialités en province.

Sur le rapport de M. le professeur Viault, la Faculté de médecine de Bordeaux a adopté et adressé au Ministère de l'instère de l'instruction publique, les résolutions que voici : 1° La commission émet le vœu qu'il soit créé, à la place des cliniques

annexes existant actuellement, des cliniques magistrales consacrées aux spécialités suivantes : 1° Maladies des enfants; 2° Maladies cutanées et syphilitiques; 3° Maladies nerveuses et mentales; 4° Maladies des oreilles, du larynx et du nez; 5° Maladies des voies génito-urinaires : 6° Maladies des femmes et gynécologie. — 2° S'il n'est pas possible de créer actuellement toutes ces cliniques, la Faculté émet le vœu que les deux premières au moins, c'est-à-dire les maladies des enfants et les maladies cutanées et syphilitiques, soient constituées par transformation des cliniques annexes existant actuellement à la Faculté de Bordeaux, et dont les chargés de cours arrivent au terme de leur délégation; — 3° la Faculté émet le vœu que les cliniques qui suivent dans le classement ci-dessus, soient établies par transformation de certaines chaires théoriques magistrales au fur et à mesure de la vacance de celles-ci, ou par réunion d'enseignements connexes actuellement répartis en deux chaires; — 4° si l'administration supérieure croyait devoir maintenir l'organisation actuelle des cours annexes, la Faculté émet le vœu : 1° Que ces enseignements soient autant que possible réservés aux agrégés, qu'ils soient ou non médecins ou chirurgiens des hôpitaux; 2° que la nomination des chargés de cours de clinique annexe soit faite sur la présentation par la Faculté, selon la procédure actuellement en vigueur pour la nomination des professeurs; 3° subsidiairement, la Faculté émet le vœu que le cadre de l'enseignement comprenne des professeurs titulaires et des professeurs adjoints choisis parmi les agrégés, et que l'avancement soit attaché à la personne et non à la nature de l'enseignement.

Tentative de meurtre par un aliéné sur M. Deny, médecin de Bicêtre.

On se souvient qu'au mois de novembre 1885 un individu, corse d'origine, âgé de 58 ans, Mariot..., avait tiré sur la voiture de M. de Freycinet dans le but d'attirer l'attention sur sa personne. Il demandait une réparation du soi-disant assassinat de sa fille, morte à Panama, réparation d'argent qui le mettrait à l'abri de la misère. On reconnut qu'il ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, qu'il avait présenté autrefois des idées de grandeur et de persécution qui l'avaient poussé à commettre son dernier acte. Comme tous les malades de ce genre il avait accumulé des écrits autobiographiques volumineux. Depuis son entrée à Bicêtre, il s'était toujours montré calme, soumis, quoiqu'il n'ait jamais voulu travailler. Il protestait sans violences, ni de langage, ni d'action, contre son internement, réclamant d'être jugé par les tribunaux. En présence de sa manière d'être, M. Deny, dans le service duquel il se trouve crut pouvoir lui délivrer l'année dernière un certificat de sortie. La préfecture, sur l'avis du médecin délégué la refusa. Trois autres certificats eurent le même résultat. M... accusa alors M. Deny de le jouer et de le retenir au lieu de le faire sortir comme il le lui promettait. Mais, néanmoins, il ne le menaça jamais. Vendredi dernier, 17 juin, vers le milieu de la visite, les malades se trouvant rangés contre le mur, M... s'avança tout à coup sur M. Deny et chercha à le frapper dans le bas-ventre avec un instrument qu'il tenait à la main. M. Deny put éviter le coup en sautant en arrière et M... fut aussitôt saisi. Il se laissa emmener sans résistance. L'arme dont il s'était servi est un couteau de table qu'il avait eu soin d'aiguiser à la pointe. Il en avait enveloppé le manche de chiffons, et avait enroulé une feuille de papier autour de la lame, la pointe seule dépassant légèrement. Puis il l'avait glissé dans sa manche et avait pu ainsi le dissimuler jusqu'au moment où il fit sa tentative qui a fort heureusement échoué. Interrogé depuis, il a dit qu'il n'avait pas l'intention de recommencer même s'il avait une bonne occasion.

Inauguration de l'Exposition d'Hygiène de l'Enfance.

Nous avons assisté jeudi matin, au pavillon de la Ville de Paris, à l'inauguration de l'Exposition d'hygiène de l'Enfance, sous la présidence de M. Mesureur. M. le Dr Chassaing, président de la Société d'hygiène de l'Enfance a déclaré que cette exposition s'adressait surtout aux mères de famille, hélas! trop souvent ignorantes des soins à donner à leurs jeunes enfants (1). Il a ensuite rappelé combien la Ville de Paris avait pris part aux questions touchant l'hygiène de l'enfance. M. Mesureur a fait remarquer, en termes très éloquents, que le premier devoir d'une démocratie est de donner la santé à l'enfant pour se préparer d'utiles défenseurs au moment du danger. M. le Dr Félix Brémond, commissaire général, après avoir rappelé le but de la Société, annonce que pendant toute la durée de l'Exposition des conférences de vulgarisation seront faites au pavillon de la Ville de Paris, le jeudi à 4 heures du soir et le mardi à dix heures du matin. Les premières seront plus spécialement réservées aux mères de famille. Un service de vaccination aura lieu tous les lundis matin. Enfin, il s'est excusé auprès des invités de les faire assister à une exposition encore à peu près vide d'exposants. Mais c'est le sort des expositions de n'être jamais prêtes : on n'en a jamais vu naître à terme.

A l'issue de la cérémonie, nous avons eu la bonne fortune d'entendre Mme Marie Laurent dire une poésie de M. Gaston Fauvert, intitulée : *Nos Enfants*. Entre chaque discours, l'excellente musique de la Garde républicaine a fait entendre les meilleurs morceaux de son répertoire.

(1) Pour s'en convaincre, il suffit de suivre quelque temps la consultation des hôpitaux d'enfants à Paris. On verra comment les mères se chargent de rendre leurs enfants malades.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 27. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Rémy, Terrier, Reynier. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard; — 2e *Série* : MM. Gariel, Bourgoin, Hanriot. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Charcot, Hayem, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Guyon, Blum, Budin; — 2e *Série* : MM. Reclus, Pinard, Kirmisson; — (2e partie) : MM. Damaschino, Blachez, Rendu.

MARDI 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Marc Sée, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Duplay, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Polaillon, Campenon; — (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil, Hanot.

MERCREDI 29. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Farabeuf. Rémy, Reynier. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard; — 2e *Série* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard; — 3e *Série* : MM. Baillon, Bourgoin, Pouchet. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pinard, Blum, Segond; — 2e *Série* : MM. Terrier, Reclus, Budin; — (2e partie) : MM. Potain, Blachez, A. Robin.

JEUDI 30. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Farabeuf, Peyrot. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie), 1re *Série* : MM. Le Fort, Duplay, Bouilly; — 2e *Série* : MM. Panas, Polaillon, Humbert; — (2e partie), 1re *Série* : MM. G Sée, Jaccoud, Quinquaud; — 2e *Série* : MM. Dieulafoy, Troisier, Debove; — 3e *Série* : MM. Peter, Ball, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Labouibène, Joffroy.

VENDREDI 1er. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Regnauld, Hanriot; — 2e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Blanchard; — 3e *Série* : MM. Gautier, Bourgoin, Guebhard. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Charité) 1re *Série* : MM. Trélat, Blum, Budin; — 2e *Série* : MM. Terrier, Marchand, Terrillon; — 3e *Série* : MM. Pinard, Reclus, Second.

SAMEDI 2. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Gariel, Mathias-Duval, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Polaillon, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie) : MM. Ball, Grancher, Hutinel; — (2e partie), 1re *Série* (Charité) : MM. Peter, Dieulafoy, Hallopeau; — — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Troisier, Joffroy.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mardi 28. — M. Meyer. Contribution à l'étude de la scarlatine hémorrhagique. — M. Gauvry. De l'action de l'eau chaude sous forme d'injections, sur l'utérus pendant la gestation et le travail de l'accouchement. — *Mercredi* 29. — M. Durruty. Herpès oculaire. — M. Dutauzin. Contribution à l'étude de l'étiologie et des symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle. — *Jeudi* 30. — M. Dentu. Essai sur une cause de rétention de membranes. — M. Monclar. Viburnum prunifolium : Ses indications en obstétrique. — M. Sanchez. Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. — M. Toupet. Des modifications cellulaires dans l'inflammation simple. — *Vendredi* 1er. — M. Decoster. Traitement des végétations chez la femme enceinte. — M. Gonzalez. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par calculs biliaires.

NÉCROLOGIE.

Henry LIOUVILLE.

Nous avons le très vif regret d'annoncer à nos lecteurs la mort prématurée de l'un de nos plus anciens camarades et de nos collaborateurs de la première heure, Henry LIOUVILLE. Tous ceux qui l'ont connu durant toute la première partie de sa trop courte existence, consacrée tout entière à l'étude de la médecine et aux malades, n'ont pas perdu le souvenir de son zèle, de son activité, de son désir d'aider tous ceux qui le consultaient soit pour un travail spécial, soit pour leur thèse. Ses camarades d'internat, presque tous ses amis, se rappelleront toujours sa bienveillance, sa cordialité, son ardent désir de les servir en toute occasion. En toutes circonstances, il plaidait la cause du progrès scientifique, en s'intéressant à toutes les réformes concernant l'organisation des hôpitaux, l'installation des laboratoires, le développement de l'enseignement médical. Il aurait désiré voir réaliser chez nous toutes les améliorations qu'il avait constatées dans ses voyages à l'étranger. Trop souvent, comme quelques autres, il a eu le chagrin patriotique de voir les administrations routinières et ignorantes opposer une inertie coupable à l'accomplisssement de réformes depuis longtemps réalisées dans des pays rivaux.

H. LIOUVILLE est né à Paris le 17 août 1837, comme l'a si bien rappelé M. Spuller « au sein de l'une de ces familles libérales, juste orgueil de la bourgeoisie parisienne, qui n'ont jamais séparé leur cause de celle du peuple. Les parents de Liouville, dans les deux branches, ont toujours appartenu au parti de la Révolution française. Ils en ont partagé les vicissitudes, les revers et les grandeurs; ils ont surtout pris leur part dans les travaux et les périls de tous. Fils de la société nouvelle, ils ont été patriotes, pour la défendre avec la France menacée. Ensuite ils ont été libéraux pour la défendre contre les retours offensifs de l'ancien régime et plus tard contre les excès d'une caste qui croyait avoir hérité des privilèges des anciens ordres. »

Henry Liouville a été successivement externe, puis interne des hôpitaux, élève de Velpeau, Grisolle et de Vulpian. Il visita en 1864 les Facultés étrangères pour se rendre compte de l'organisation des laboratoires annexés aux diverses cliniques. Il parcourut à ce point de vue l'Allemagne, l'Italie, la Suisse et la Russie; aussi fut-il un des premiers organisateurs des laboratoires en France après la guerre de 1870. Liouville fit partie du groupe des internes qui fut envoyé en 1866 à Amiens, lors de l'épidémie de choléra qui frappa cette ville.

En 1870, il présenta comme thèse de doctorat un travail important intitulé : *De la généralisation des anévrysmes miliaires*. Il était déjà à cette époque lauréat de l'Institut et de la Faculté de médecine. Les deux mémoires qui lui valurent cette distinction ont pour titres : *Considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires*, établies d'après les observations recueillies en 1865 à la clinique du Pr Grisolle (Prix Corvisart) ; — *Etudes sur le curare*, en collaboration avec le Dr Auguste Voisin (concours des prix de médecine à l'Institut en 1866). — Il était aussi membre de la Société de Biologie devant laquelle il fit un certain nombre de communications dans les années 1868 et 1869, et membre de la Société anatomique dont il fut vice-président et à laquelle il fit aussi de nombreuses communications.

En 1870, au début de la guerre franco allemande, il se rendit à Toul et y séjourna comme médecin pendant le bombardement. Il fut signalé pour sa belle conduite, Après la reddition de Toul, H. Liouville rejoignit l'armée de la Loire comme chef d'ambulance.

La guerre terminée, il reprit ses occupations scientifiques et fut successivement nommé chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, puis agrégé de la Faculté de médecine, enfin médecin des hôpitaux.

En 1876, il se présenta aux élections législatives dans la Meuse, pays d'origine de sa famille, et fut élu député pour l'arrondissement de Commercy. Depuis cette époque, il a été réélu en 1877, en 1881 et en 1885. En outre, il fut, pendant longtemps, conseiller général du département de la Meuse. Il siégea toujours à la Chambre dans les rangs de l'Union républicaine. Le premier, il signala à la Chambre, dans un rapport très remarqué, la nécessité de créer une direction générale de la santé publique. On le vit toujours défendre les exigences de l'hygiène et s'occuper, à la Chambre, des réclamations formulées sans cesse par toutes les Sociétés d'hygiène. Voici la liste de ses principaux travaux :

De l'albuminurie argentine (Notes sur certaines actions du nitrate d'argent employé comme médicament à l'intérieur) *Société de biologie*, 1868. — *Diathèse anévrysmatique* (faits de coïncidence d'anévrysmes miliaires du cerveau avec des anévrysmes de calibre plus considérable existant sur des artères de systèmes différents). *Société de biologie*, 1868. — *D'un rétrécissement cardiaque sous-aortique* (anneau formé en dehors des orifices normaux, faits observés à la Salpêtrière, avec M. le professeur Vulpian). *Société de biologie*, 1868. — *Observations détaillées de deux cas de sclérose en îlots multiples et disséminés du cerveau et de la moelle épinière* (recueillies à la Salpêtrière, avec M. Vulpian). *Société de biologie*, 1868. — *Nouvelle observation détaillée de sclérose en îlots multiples et disséminés du cerveau, de la moelle, et des nerfs rachidiens. Société de biologie*, 1889. — *Contribution à l'étude de l'adénopathie médiastine* (ganglions péri-trachéaux, et péri-bronchiques), principalement observée chez le vieillard, in *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1869. *Note sur la coexistence d'altérations anévrysmales dans la rétine avec des anévrysmes des petites artères dans l'encéphale* (lue à l'Institut). (*Académie des sciences*, mars 1870). — *De la statose glandulaire généralisée dans la variole* (*Société anatomique*, 1869 et 1870). *Faits de méningite cérébro-spinale tuberculeuse* (observés aux différents âges). (*Société anatomique*, 1869 et 1870). — *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la méningite cérébro-spinale tuberculeuse* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1870.)

— Les obsèques de Liouville ont eu lieu mercredi dernier au milieu d'un concours considérable de professeurs, d'agrégés, de médecins, de députés, de sénateurs et d'amis. Des discours ont été prononcés par M. Spuller, ministre de l'Instruction publique, Brouardel, Raynal, Cornil et Buvignier, député de la Meuse. Voici le discours de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine.

Messieurs,

Au nom des professeurs et agrégés de la Faculté de médecine et des membres du Comité d'hygiène de France, je viens rendre un dernier hommage à notre collègue et ami Henri Liouville.

Ce qui le distinguait entre tous, ce qui le rendait cher à ceux qui l'ont connu, c'est qu'il possédait à un si haut degré une qualité spéciale, que celle-ci suffit à le caractériser. C'est elle qui a constitué l'unité de sa vie. Liouville était dévoué à ses idées et aux hommes qu'il croyait capables et dignes de les faire triompher.

En 1864, il avait visité les universités allemandes, russes, italiennes ; il avait, l'un des premiers, compris quelle réforme s'imposait aux Facultés françaises. De retour, il s'attache à cette idée, devient l'un des élèves les plus assidus du laboratoire de MM. Cornil et Ranvier, prend part à l'organisation des laboratoires annexes aux cliniques, et a l'honneur de diriger le premier de ces centres de recherches, créé à l'Hôtel-Dieu. Ceux d'entre nous qui l'ont connu alors se souviennent de son activité, de son ardeur au travail, de son dévouement filial pour son chef M. le professeur Béhier. Sa foi était si complète, si entraînante, qu'il avait converti à ses opinions son maître lui-même.

En 1866, interne des hôpitaux, il est au nombre de ceux qui partent de Paris pour remplacer près des cholériques d'Amiens les médecins enlevés par l'épidémie. Pendant trois mois, il ne quitta pas le faubourg Saint-Pierre ; là, comme toujours, il fut tout à son œuvre, à ses malades. C'est auprès des malades et des blessés qu'en 1870 nous retrouvons Liouville à Toul, pendant le bombardement, et après la prise de la ville aux ambulances de la Loire.

Tel fut le médecin, il n'a connu de la profession que le dévouement aux pauvres et aux malheureux.

Après la guerre, Liouville, républicain de naissance, Lorrain, patriote, se donna tout entier au triomphe des idées qui pouvaient relever la patrie blessée. Il eut pour celui qui incarnait ses aspirations le même culte, le même dévouement que pour ses anciens maîtres en médecine. Jusqu'à son dernier jour, Gambetta, qui

avait inspiré bien des amitiés passionnées, n'eut pas un compagnon plus dévoué, plus capable d'abnégation.

Liouville, en se livrant à la politique, n'avait pas perdu de vue ses anciennes préoccupations scientifiques. Il avait été frappé du rôle que l'hygiène doit remplir dans la vie d'une grande nation. Il fut un des fondateurs de la Société de médecine publique ; il prit une large part à ses premiers travaux. A la Chambre, deux fois rapporteur du budget du ministère de l'intérieur, il porta à la tribune la question encore aujourd'hui débattue de la création d'un service de l'hygiène publique.

Depuis quelques années, la santé de notre ami avait ralenti son activité, et il meurt n'ayant pas assisté au triomphe de ses aspirations patriotiques, politiques et scientifiques. Mais nous, hygiénistes, nous n'oublierons pas qu'il fut un des ouvriers de la première heure ; il nous laisse un noble exemple à suivre, celui du dévouement, du désintéressement et de la persévérance. Si un jour nous arrivons à la réalisation des projets qui lui furent chers, nous nous souviendrons qu'il fut un des premiers dans la lutte et le plus dévoué de tous.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 12 juin 1887 au samedi 18 juin 1887, les naissances ont été au nombre de 1161, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 142. Total, 575. — *Sexe féminin* : légitimes, 448 ; illégitimes, 138. Total, 586

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 juin 1887 au samedi 18 juin 1887, les décès ont été au nombre de 1000, savoir : 540 hommes et 560 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 11. T. 18. — Variole : M. 9, F. 4, T. 13.— Rougeole : M. 29, F. 19. T. 48. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 9. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 18, F. 10, T. 28. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phthisie pulmonaire : M. 122, F. 69. T. 191. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 16. T. 29.— Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 6, F. 30. T. 36. — Méningite simple : M. 24, F. 18. T. 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 24. T. 49. — Paralysie : M. 2, F. 2. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 7. T 13. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 29. T. 53. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 9 T. 20. — Bronchite chronique : M. 15, F. 15. T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 13. T. 29. — Pneumonie M. 21, F. 16. T. 37. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 23.T. 45. — Gastro-entérite, sein : M. 20, F. 6. T. 26. — Autres gastro-entérite : M. 0, F. 6. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10, F. 8, T. 18. — Sénilité : M. 7, F. 25. T 32. — Suicide : M. 10, F. 7. T. 17. — Autres morts violentes : M. 8, F. 1. T. 9. — Autres causes de mort : M. 107. F. 66. T. 173. — Causes restées inconnues : M. 5. F. 3. T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 71 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 11. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 21 ; illégitimes, 10. Total : 31.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Albertin, chargé des fonctions de prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé prosecteur à ladite Faculté pour une période de trois ans à partir du 1er novembre 1887.

Faculté de médecine de Montpellier. — *Legs Bouisson.* — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, les legs faits à ladite Faculté, par le sieur E.-F. Bouisson, suivant son testament olographe en date du 9 juin 1882, et consistant dans la nue propriété : 1° De sa bibliothèque, à l'exception de la division comprenant la collection des poètes français donnée à la ville de Montpellier ; — 2° D'une somme de dix mille francs pour l'installation de cette bibliothèque dans un local particulier de la Faculté qui devra porter le nom de « *Salle Bouisson* » et où sera placé le buste en marbre du testateur également donné par lui ; — 3° D'une somme de cinq mille francs pour l'impression du catalogue de ladite bibliothèque ; — 4° D'une somme de cent mille francs pour la fondation de cinq prix annuels, sous le nom de « *Prix Bouisson.* »

Ecole de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. Buffet-Delmas, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Académie des sciences. — M. le Pr Verneuil vient d'être lundi dernier élu membre de l'Académie des sciences (section de médecine et de chirurgie) en remplacement de M. le Pr Gosselin. Il a obtenu la presque majorité des voix (48 voix sur 54). M. Trélat a obtenu 3 voix, M. Cornil 2 voix.

Bulletin démologique et sanitaire de Toulon. — État du 6 au 12 juin 1887. (Population : 72.122 hab.). Nombre et causes des décès survenus dans la commune, à l'hôpital civil et à l'hôpital de la marine : Choléra asiatique, 0. Affections aiguës, 10. Affections chroniques, 11. Apoplexie, 1. Suicides, 2. Accidents et causes diverses, 1. Angine, 4. Croup, 2. Phthisie pulmonaire, 8. Pneumonie, 1. Diarrhée, 4. Dysenterie, 0. — A l'hôpital maritime St-Mandrier : Fièvre typhoïde, 3. Diarrhée chronique, 1. Bronchite chronique, 1. Granulose aiguë, 1. — Nombre des malades présents le 13 juin : A l'hôpital civil, 189 ; à l'hôpital principal de la marine 149 ; à l'hôpital maritime St-Mandrier, 504. Total : 842.

Congrès de Washington. — Pendant toute la durée du 9e Congrès international de médecine, le *Medical Register of Philadelphia*, rédigé par J.-V. Shoemaker et W. Wile, paraîtra tous les jours et donnera le compte rendu détaillé des séances générales et des travaux des sections. De cette manière, tout médecin empêché de se rendre au Congrès sera quotidiennement tenu au courant des travaux de ses collègues. Le bureau du journal américain est situé 1519. Walnut Street, Philadelphia.

Hopitaux de Paris. *Bureau central de médecine.* — La troisième épreuve d'admissibilité s'est terminée le samedi 28 juin à l'Hôtel-Dieu. Seuls sont admis à subir les épreuves définitives : MM. les Drs Delpeuch, Dreyfous, Gauchas, Havage, Josias, Juhel-Rénoy, Leduc, Marie, Martin, Petit. — La quatrième épreuve (composition écrite), a eu lieu le mardi 21 à l'Assistance publique. Le sujet de la composition a été le suivant : Sclérose, anatomie pathologique, symptômes et diagnostic. — Les autres questions proposées étaient : l'entérite tuberculeuse et l'épithélioma du col de l'utérus.

Hôpitaux de Paris. *Bureau central de Chirurgie.* — A la suite de la première épreuve du Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central sont admis, par ordre alphabétique, à continuer les épreuves : MM. Barette, Broca, Castex, Chaput, Guinard, Hallé, Jarjavay, Jullien, Labbé, Michaux, Nepveu, Ozenne, Petit-Vendol, Picqué, Remy, Ricard, Tuffier, Verchère et Walther.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique aux environs de Beauvais. Rendez-vous : Gare du Nord, où l'on prendra, à 6 heures 10 minutes du matin, le train pour Villers-sur-Thère. On sera rentré à Paris à 9 heures 20 minutes du soir. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie, Galerie de géologie, avant samedi soir, à 4 heures.

Un généreux anonyme. — Une personne dévouée à la pharmacie girondine et désireuse de garder l'anonyme, a offert à la Société de pharmacie de Bordeaux une rente annuelle de 100 fr. pour fonder un ou deux prix applicables aux examens de validation du stage officinal. Ce prix, consistant en deux médailles de vermeil, sera décerné cette année même et portera le nom de prix de la Société de pharmacie. Il sera donné en juillet et en novembre au premier élève de chacune de ces sessions, à condition que cet élève ait au moins mérité la note bien. Une épreuve supplémentaire pourra être établie pour le classement des meilleurs élèves. Ces prix seront décernés par le jury ordinaire des examens de validation de stage ; ils seront donnés en séance solennelle par la Faculté de médecine de Bordeaux. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*).

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Élixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Chronique des hôpitaux.

Hopital Tenon. *Médecine.* — Service de M. Dreyfus-Brisac. Consult. le mercredi. — Salle Bichat II : 1, Fièvre typhoïde ; 2, bronchite aiguë ; 3, purpura ; 4, tuberculose vertébrale ; 5, athérome cérébro-médullaire ; 6, bronchite chronique ; 7, cancer du foie ; 8 rhumatisme chronique ; 9, paralysie générale ; 10, pleuro-péricardite aiguë ; 13, paralysie alcoolique ; 14, insuffisance aortique traumatique ; 15, 22, 23, 24, 25, tuberculose pulmonaire ; 16, rhumatisme subaigu ; 17, cancer de l'estomac ; 18, monoar-

thrite rhumatismale ; 19, fistule pleurale non tuberculeuse ; 20, athérome cérébral ; 21, tuberculose pulmonaire traumatique ; 26, ataxie. — Salle Magendie (F.) : 1, hystérie ; 2, 8, 9, 12, 18, 21, tuberculose pulmonaire ; 4, pleuro-pneumonie rhumatismale ; 5, bronchite aiguë orthopnéique ; 6, nervosisme ; 7, cirrhose hépatique ; 10, pneumonie sénile ; 13, phlegmatia puerpérale ; 14, aortite chronique ; 15, hémiplégie ; 16, rhumatisme chronique ; 17, affection mitrale ; 19, mammite ; 20, rougeole et érythème noueux ; 22, pleurésie aiguë, tuberculeuse ; 23, nervosisme ; 24, syphilis. — Salle Laënnec (F.) : 1, affection mitrale ; 3, antéversion ; 4, cancer du sein ; 6, 8, 11, 18, tuberculose pulmonaire ; 9, hydrorrhée, début de grossesse ; 13, zona intercostal ; 14, syphilis secondaire ; 16, cancer de l'utérus ; 17, psoïtis puerpérale ; 19, emphysème pulmonaire ; 20, pneumonie.

Service de M. le Dr LANDOUZY. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. — Salle Lelong (H.) : 1, péritonite tuberculeuse ; 2, artériosclérose, ramollissement cérébral ; 4, cirrhose atrophique du foie ; 5, pleurésie ; 6, méningite syphilitique ; 7, néphrite ; 8, pleurésie, tuberculose pulmonaire ; 9, tuberculose pulmonaire, albuminurie ; 10, diabète ; 11, myopathie progressive ; 12, goutte ; 13, péritonite tuberculeuse ; 14, ulcère de l'estomac ; 15, cancer de l'estomac ; 17, impaludisme ; 18, tuberculose pulmonaire, cirrhose du foie ; 19, rhumatisme subaigu ; 20, rhumatisme noueux ; 22, pleurésie ; 28, facies myopathique, atrophie de la langue ; 30, monoplégie brachiale hystéro-traumatique. — Salle Bouilland (F.) : 1, hystérie, kyste de l'ovaire ; 4, sciatique névrite ; 5, cardiopathie ; 6, rhumatisme articulaire aigu ; 8, 9, 7, 18, 27, 28, tuberculose pulmonaire ; 10, 20, 22, fièvre typhoïde ; 11, pneumonie chez une cardiaque ; 12, tabes, tuberculose pulmonaire ; 14, sclérose en plaques ; 16, cancer du sein opéré, méningo-myélite comme cause secondaire ; 17, ramollissement cérébral ; 19, cancer de l'utérus ; 21, hystérie, ulcère de l'estomac ; 23, scarlatine ; 25, goitre exophthalmique ; 26, hystérie.— Salle Valleix (crèche) : 6, hydronéphrose (mère) : 8, phthisie pulmonaire de la mère, broncho-pneumonie de l'enfant ; 9, dysentérie (mère) ; 10, tuberculose pulmonaire (mère) ; 11, méningite tuberculeuse (enfant) ; 12, lupus de la mère, broncho-pneumonie de l'enfant ; 13, 14, suite des couches ; 15, phlegmatia alba dolens, suite de couches.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

HOMEN (P.-A). — Un cas de paramyoclonus multiple. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

HOEL. — Rapport annuel du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Reims. — 4e année, 1885. — Volume in-8 de 174 pages, avec 7 planches hors texte. — Reims, 1886. — Chatot-Braine.

DONATH (J.). — Johann Weier. Extrait du *Wiener Medicinische Wochenschrift.* Brochure in-8 de 10 pages. — Budapest, 1886. — Chez l'auteur.

OTT (A.). — Ueber einige der phosphate des Harmes betreffende Verhältnisse. Brochure in-8 de 10 pages. — Strasburg, 1886. — Verlag von J. Trübner.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

TILLAUX (P.). — Traité de chirurgie clinique. — Tome I (2e fascicule). Colonne vertébrale. Cou, membre supérieur. Poitrine. Volume in-8 de 720 pages, avec 90 pages. — Prix : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

EMMET (Th.-A.). — La pratique des maladies des femmes. Traduit par A. OLLIVIER, avec préface par U. TRÉLAT. Un volume in-8 de 863 pages, avec 220 figures. — Prix : 15 fr.

LICHTWITZ (L.). — Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. Recherches cliniques. Volume in-8 de 182 pages. — Prix : 3 fr.

ALVAREZ (B.-G.). — Sobre la caries y necrosis del peñasco en los niños y su tratamiento. Brochure in-8 de 24 pages. — Madrid, 1887. — Tipographico de U. Montegrifo.

VÉRON (E.). — Curabilidad de la tisis hereditaria por los climas de altitud. Brochure in-8 de 80 pages. — Buenos-Aires, 1886. — Imprenta de M. Biedma.

ARÉNA (F.). — Sullo sviluppo storico e sull'importanza dell' urologia. Brochure in-8 de 12 pages. — Napoli, 1887. — Tipographico dell'unione.

MASSALONGO (R.). — Contributo alla patologia delle sclerosi postero-laterali del midollo spinale. Brochure in-8 de 33 pages. Extrait de la *Medicina contemporanea.* — Napoli, 1886.

BISHOP (S.). — Operations on the Drum-Head for impaired Hearing ; with fourteen cases. Brochure in-18 de 13 pages. — Chicago, 1886. — American medical association.

HOLT (L.-E.). — The antiseptic treatment of Summer Diarrhœa. Brochure in-18 de 31 pages. Extrait du « *New-York medical journal.* » — New-York, 1887.

MORGAN (E.-C.). — The question of hæmorrhage following unilotomy. Brochure in-8 de 25 pages. — New-York, 1886. — Appleton et Co.

NEWMANN (R.). — Galvano-Cautery in discases of the prostate. Bladder and Urethra. Brochure in-18 de 13 pages. — Extrait du *Journal of the american medical association.* — Chicago, 1886.

STEPHENSON (F.-B.). — Sydenham and Hahnemann. Brochure in-18 de 6 pages. — Extrait du *New-York medical journal.* — New-York, 1886.

WINTERS (J.-E.). — The relative influences of Maternal ant Wet-Nursing on Mother and Child. Brochure in-18 de 39 pages. — New-York, 1886. — Bookbinding Company.

GARRI (C.). — Ueber Vaccine und Variola. Bacteriologische Untersuchungen. Brochure in-8 de 19 pages. — Berlin et Leipzig, 1887. — G. Thieme.

LANDAU (Th.). — Ueber Versch-Wärungen der Weiblichen Harnröhre. Brochure in-8 de 30 pages et une planche hors texte. Extrait dies *Archiv. für Gynäkologie.* — Leipzig, 1887.

MICHELS (E.). — Zur Casuistik der Darm-Resectionen wegen maligner Tumoren. Brochure in-8 de 30 pages. — Berlin, 1885.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

TISSIÉ (P.). — Les aliénés voyageurs (essai médico-psychologique). Brochure in-8o de 113 pages.

FILLEAU (A.) et LÉON-PETIT. — Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phtisie pulmonaire. Brochure in-8o de 55 pages.

Librairie, G. MASSON, 120 boul. St.-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, publié sous la direction de MM. A. DECHAMBRE et LEREBOULLET. Vient de paraître de la 1re série A-E, tome XXXV, 1re partie EPID-EREC. Nous y remarquons les articles suivants : Epidémie, par Collin; Epilepsie, par Burlureaux ; Epixtaxis, par Forgue et Boinet ; Epithélial (tissu), par J. Renaut ; Epithélial (tumeur), par Henocque, volume in-8 de 400 pages : — Deuxième série L-P, tome XXIV, 1re partie PHAN-PHOS. Nous y remarquons les articles suivants : Pharynx (Anatomie, Physiologie, Pathologie), par Arnozan et E. J. Moure ; Phénique (chimie, emploi médical), par Pécholier et Brousse ; Phimosis (congénital, accidentel, Médecine opératoire, Paraphimosis), par E. Mathieu ; Phlébite, par Muselier et Nourric ; Phlegmon, par E. Kirmisson ; Phosphore (Chimie, Emploi, Hygiène industrielle, Toxicologie), par Blarez. Volume in-8 de 400 pages : — Troisième série Q-T, tome XVII, THRO-TRAF. Nous y remarquons les articles suivants : Thrombose, par Raymond ; Thymus (Anatomie, Histologie, Développement), par Herrmann et Tourneux ; Thyroïde (Développement, Pathologie) ; et Thyroïdectomie, par Broca ; Tibia (Anatomie comparée, Pathologie), par Heydenreich ; Tic convulsif, par Guinon ; Tonkin, par Rey ; Torticolis, par Guyon ; Toux, par Lereboullet et Ricklin ; Toxicologie, par Pouchet ; Trachée, par Clermont. Volume in-8 de 400 pages : — Quatrième série, F-K, tome XIII, 1re partie, HEMA-HEMOR. Nous y remarquons les articles suivants : Hématocèle, par P. Reclus ; Hématozoaires, par P. Blanchard ; Hématurie, par Bourel-Roncière ; Héméralopie, par Gayet ; Hémiplégie, par P. Marie ; Hémoglobine, par Hénocque ; Hémoptysie, par Widal ; Hémorrhagie, par H..... Volume in-8 de 400 pages : — Cinquième série, V-Z, tome X, 1re partie UTE-VAL. Nous y remarquons les articles suivants : Utérus (Pathologie), par de Sinéty ; Vaccine, par Longet ; Vagin (Anatomie et physiologie, Pathologie), par L.-H. Petit ; Vaginisme, par H. Leroux ; Vaisseaux, par Retterer. Volume in-8 de 368 pages. Chacun des fascicules de ce dictionnaire se vend séparément au prix de . . . . 6 fr.

Librairie G. STEINHEIL, 2, r. Casimir-Delavigne.

CLADO (S.-G.). — Etude sur bactérie septique de la vessie. Brochure in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

AVIS AUX SOUSCRIPTEURS

Au Tome III des **Leçons sur le système nerveux** *de M. le professeur* CHARCOT.

Les souscripteurs qui n'ont encore en leur possession que le 1er fascicule du Tome III, sont avisés que le fascicule II, actuellement en vente au prix de 9 francs (6 francs pour nos abonnés), ne sera plus vendu séparément à partir du 1er août prochain.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie ; — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. ; — Revues diverses.

A

B

C

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

T

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71